

PARIS VII
Année 1975

THÈSE

NO

28

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques BOUCHER

Né le 6 mars 1948 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE 61 DOSSIERS
MEDICAUX-SOCIAUX D'ADOLESCENTS
AYANT SEJOURNE DANS UN EXTERNAT
MEDICO-PROFESSIONNEL

Président : Monsieur H. LESTRADET, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PARIS VII
Année 1975

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques BOUCHER

Né le 6 mars 1948 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE 61 DOSSIERS
MEDICAUX-SOCIAUX D'ADOLESCENTS
AYANT SEJOURNE DANS UN EXTERNAT
MEDICO-PROFESSIONNEL

Président : Monsieur H. LESTRADET, Professeur



ACADEMIE DE PARIS
UNIVERSITE DE PARIS VII
FACULTE DE MEDECINE PARIS-LARIBOISIERE-SAINT LOUIS

Doyens Honoraires : Professeurs J. Bernard-Professeur JJ. BERNIER

Professeurs Honoraires : M. AUBRY - C. LAUNAY - R. WORMS

Doyen : Professeur Et. FOURNIER

Professeurs

Dermatologie

G. DEGOS Prof. de Clinique
 des maladies cutanées
F. DUPERRAT Prof. de Dermatologie
J. CIVATTE Prof. Agrégé
A. PUISSANT Prof. Agrégé
S. BELAICH Prof. Agrégé

Rhumatologie

S. DE SEZE Prof. de Clinique
 Rhumatologique
A. RYCKEWAERT Prof. Agrégé
M. KAHN Prof. Agrégé
A. DRYLL Prof. Agrégé

Gastro-Entérologie

JJ. BERNIER Prof. de Clinique
 Gastro-entérologie
JP. FERRIER Prof. Agrégé
JC. RAMBAUD Prof. Agrégé

Endocrinologie

J. CANIVET Professeur
G. CATHELINÉAU Prof. Agrégé

Médecine

D. KUNTZ Prof. Agrégé
J. ROUFFY Prof. Agrégé

Chirurgie

J. PERROTIN Prof. de Pathologie
 Chirurgicale
P. HAUTEFEUILLE Prof. Agrégé

Orthopédie, Traumatologie,
Chirurgie Plastique

Orthopédie, Traumatologie,
Chirurgie Plastique

P. BANZET Prof. Agrégé
J. WITWOET Prof. Agrégé
C. DUFOURMENTEL Professeur

Neuro-Chirurgie

R. HOUDART Professeur
J. COPHIGNON Prof. Agrégé

Hématologie

J. BERNARD Prof. de Clinique
 des maladies du
 sang
J. DAUSSET Prof. d'Immunolo-
 gie-Hématologie
M. BOIRON Professeur
M. SELIGMANN Professeur
Y. NAJEAN Prof. Sans chaire
J. CAEN Prof. Agrégé
J. COLOMBANI Prof. Agrégé
C. JACQUILLAT Prof. Agrégé
G. SCHAISON Prof. Agrégé

Cardiologie

Y. BOUVRAIN Prof. de Clinique
 Cardiologique
JJ. WELTI Prof. sans chaire
H. SLAMA CHALOUM Prof. Agrégé
K. GOURGON Prof. Agrégé
G. MOTTE Prof. Agrégé

Thérapeutique

M. LAMOTTE Prof. de Clinique
 Thérapeutique
JM. SEGRESTA Prof. Agrégé

Toxicologie

M.GAULTIER Prof.de Clinique
Toxicologique
P.GERVAIS Prof.Agrégé

Médecine Légale

E.FOURNIER Prof.de Médecine
Légale et Toxicologie
ML.EFTHYMIU Prof.Agrégé

Pathologie Expérimentale

FP.MERKLEN Prof.de Pathologie
Expérimentale
F.COTTENOT Prof.sans chaire

Parasitologie

M.LARIVIERE Professeur
D.PEPIN Prof.sans chaire

Psychiatrie Adulte

A.GORCEIX Prof.Agrégé

Psychiatrie Infantile

M.DUGAS Prof.Agrégé

Pédiatrie

H.LESTRADET Prof.sans chaire
D.LABRUNE Prof.Agrégé

Gynécologie-Obstétrique

P.MORIN Professeur
P.ENGELMANN Prof.Agrégé

Urologie

C.CHATELAIN Prof.Agrégé

Oto-Rhino-Laryngologie

P.PIALOUX Prof.de Clinique
d'Oto-Rhino-Laryn-
gologie
G.FREYSS Prof.Agrégé

Ophtalmologie

L.ISRAEL Prof.Agrégé

Histologie

J.LAVEDAN Prof.sans chaire
M.MAILLET Prof.Agrégé
C.BOUTON Chargé de cours
J.ROUJEAU Professeur
M.CHELLOUL Prof.Agrégé

Bactériologie

Y.PEROL Prof.Agrégé

Anesthésiologie

JF.MONTAGNE Prof.Agrégé
E.ECHTER Prof.Agrégé

Radiologie

M.LAVALJEANTET Prof.Agrégé
MC.PLAINFOSSE Prof.Agrégé
R.DJINDJIAN Prof.Agrégé

Pharmacologie

P.LECHAT Professeur

Biophysique

A.DJOURNO Prof.de Physique
médicale
M.BURGEAT Prof.Agrégé
M.DUVELLEROY Prof.Agrégé

Physiologie

A.TEILLAC Prof.sans chaire
JP.MARTINEAUD Prof.sans chaire
H.MAMO Prof.Agrégé

Riochimie

M.BOURRILLON Professeur
P.TIOLLAIS Prof.Agrégé
Y.GOUSSAULT Chargé de cours

Anatomie

JP.LASSAU Prof.Agrégé

Psychologie

L.MOOR Chargé de cours

MEDECINS CHIRURGIENS et SPECIALISTES DES HOPITAUX

MM. BARCAT Jean - BENNET Jean - CALVET Jean - CHARLEUX Henri -
COUINAUD Claude - DESPREZ-CURELY Jean Paul - DUBOST Claude -
HERRAULT André - LAVAYLE JeanAndré - LANCE Marcel - LAROCHE
Jean-François - MARIE René - MAY Jean-Pierre - PESTEL Maurice -
RICHARD Claude - SARRAUX Henri - VIGNAUD DUPUY de St-FLORENT
Georges -

DIRECTEURS D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

MM. ACCARD Jean-Loup - ALBERTINI Frédéric - BARDIAUX Maurice -
BENAD - BERTRAND Y - BITOUN Georges - CALLEROT Louis -
Mme CHAIGNEAU Hélène - CHALANSET René - CHAOUAT Yves -
DELANOE Yves - DELTEIL Pierre - DESFOSSES Louis - DURAND Claude-
ELBAZ Pierre - ELTACHAR Edouard - FERREZ Bernard - GANEM Jean-
Mme GIACOMINI Thérèse - MM. GOUDAL - GRUPPER Charles - HUGUET
Jean-Claude - KALMANSON Daniel - LEFEVRE Lucien - DOGEAY R -
LIBESKING Marcel - MARTIN-DUPRAY Daniel - MARTINETTI J. -
Mme MAY Véré - MM. MAZZA - R. MIKOL François - NEHLIL Jacques -
PARIENTE Philippe - PARIENTE Maurice - PASQUIER P. - PIRET
Jean-Marie - PLANE Jean-Louis - POIJOL Jean - RACIENE Yves -
RENE Louis - Mme RENIE Odile - M. M. RONCHON Claude - SCHWEICH
Michel - SIGAL Simon - SUCHESTOW VERGNON M. - VIGUIE Roger -
Mme XIMENES Geneviève -

A mes Parents

A ma femme et mon fils

A toute ma famille

A mon Maître

Monsieur le Professeur LESTRADET

Avec toute ma reconnaissance
et mon plus profond respect.

A Monsieur le docteur BATISTELLI

Il m'a inspiré le sujet de
cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage
de ma reconnaissance.

A mes Maîtres

Monsieur le Professeur CANIVET

Monsieur le Professeur DEGOS

Monsieur le Professeur HOUDART

Monsieur le Professeur JEAN BERNARD

Monsieur le Professeur PERROTIN

Monsieur le Professeur WELTI

A toute l'Equipe MEDICO-PEDAGOGIQUE
de l'Externat MEDICO-PROFESSIONNEL

Elle m'a permis de réaliser cette
étude.

I N T R O D U C T I O N

" AVEC 800.000 NAISSANCES ANNUELLES EN FRANCE, NOUS
POUVONS DIRE QU'IL NAIT ET SURVIT DANS NOTRE PAYS
AU MOINS 1 ARRIERE TOUTES LES VINGT MINUTES, 75 PAR
JOUR, 525 PAR SEMAINE "

P. Robert LAFFON

Après un bref exposé sur le mode de recrutement et le fonctionnement de l'Externat Médico-Professionnel choisi pour l'étude d'une population de 61 adolescents ayant séjourné dans cet établissement, cette thèse se composera de trois parties :

- La première, purement descriptive, se propose de répondre à 3 questions :
- 1) Qui sont ces adolescents ? Quels sont les antécédents psychomédico-sociaux qui ont pu contribuer à leur admission dans l'établissement ?
- 2) Quelle a été leur évolution au sein même de l'établissement ?
- 3) Enfin et surtout, quel est leur devenir à la sortie de l'établissement ?
 - . Problème majeur mettant en cause :
 - non seulement le fonctionnement, l'utilité et le bien-fondé de l'établissement
 - mais surtout la dernière chance probable d'insertion professionnelle de ces adolescents dans le monde du travail
 - . Problème angoissant
 - . Problème social enfin, où le "non conforme" de par la crainte même qu'il inspire, est tantôt méconnu, tantôt connu et trop souvent rejeté.

- La deuxième partie s'efforcera de comparer les caractéristiques essentielles de notre population à celles de la population générale, et d'autres populations apparemment proches, ayant déjà fait l'objet d'études approfondies.

Conscients du caractère réduit et très particulier de notre étude, nous n'aurons pour ambition que d'observer sans tirer de conclusions statistiques aussi tentantes qu'erronées.

- La troisième partie évoquera quelques observations-type pour rendre un peu plus vivant ce travail.

Que cette thèse puisse faire connaître le monde trop souvent "à part" des adolescents dits inadaptés, qu'elle apporte à ceux qui s'intéressent à ce problème, qui nous concerne tous, l'intime conviction qu'il n'y a pas d'à priori et que, dans les cas les plus désespérés, en apparence, l'impossible est réalisable ou tout au moins doit être tenté.

L'ETABLISSEMENT

- FONCTIONNEMENT
- MODE DE RECRUTEMENT
- BUT

A - FONCTIONNEMENT

L'externat Médico-Professionnel étudié est ouvert depuis le premier janvier 1969 ; notre étude se fait donc après un recul de 5 ans.

C'est un centre avec demi-pension où les adolescents reçoivent en même temps qu'un complément d'enseignement général, une formation professionnelle adaptée à leur handicap ainsi que les rééducations et thérapies appropriées à leurs troubles.

a) Durée du séjour - Orientation à la sortie

- La durée du séjour est variable : en moyenne 3 ans - parfois 4 et plus.
- A 20 ans révolus ou avant, le jeune adulte fait l'objet d'une décision de sortie. Le départ correspond :
 - . soit à la mise au travail définitive, décidée en réunion de synthèse après information de la famille, et longuement préparée par des stages de plus en plus longs et fréquents dans les entreprises,
 - . soit au placement en milieux protégés pour ceux qui ne peuvent atteindre une autonomie suffisante.

b) Service de suite

- Il est assuré par un éducateur et une assistante sociale qui maintiennent le contact avec l'adolescent, sa famille, et l'entreprise où il travaille.

c) Horaires

- Les adolescents fréquentent l'Externat tous les jours ouvrables de 9 à 17 heures, sauf le samedi où l'établissement ferme à 13 heures.
- Les vacances sont basées sur celles des Ecoles Primaires du secteur.

d) Les Ateliers

- 4 ateliers professionnels
 - . Bois Fer
 - . Horticulture
 - . Cartonnage conditionnement
 - . Agent de collectivité

- 4 Ateliers culturels
 - . Français
 - . Calcul
 - . Vie sociale et pratique
 - . Créativité
- Education physique
 - . 1 h ½ par semaine
 - + 1 h ½ de piscine.

L'activité professionnelle a priorité : c'est elle qui détermine les différents groupes qui se scindent dans les ateliers culturels.

e) Rapports avec l'extérieur

Trois sortes de réunions sont prévues avec les parents :

- . 2 assemblées générales annuelles
- . des réunions trimestrielles obligatoires
- . des réunions volontaires.

f) La Réunion de synthèse

Elle regroupe toute l'équipe médico-pédagogique et a lieu toutes les semaines.

Elle traite, cas par cas, des différents problèmes qui se posent.

g) L'équipe médico-pédagogique est composée :

- du personnel éducatif et pédagogique employé à plein temps
- du personnel médical et paramédical qui comprend :
 - . une infirmière-assistante sociale employée à plein temps
 - . un médecin psychiatre, un médecin pédiatre, un psychologue employés à temps partiel.

h) La prise en charge est assurée :

- par les Caisses Primaires de Sécurité Sociale
- par les Services de l'Aide Sociale.

B - RECRUTEMENT

Le centre est destiné à recevoir 48 adolescents des deux sexes de 14 à 20 ans, débiles intellectuels (QI de 30 à 70) dont la déficience est liée à des troubles neuropsychiques exigeant, sous contrôle médical, le recours à des techniques non exclusivement pédagogiques.

L'établissement n'est pas habilité à admettre :

- . des enfants en danger moral
- . des mineurs délinquants.

Priorité est donnée aux enfants habitant la localité de l'établissement.

Chaque candidat à l'admission peut être proposé par la Consultation d'Hygiène Mentale, les Commissions Médico-Pédagogiques, les Assistantes Sociales.

Il fait l'objet d'un dossier médical et psychologique et d'une enquête du Service Social indiquant la composition et les ressources de la famille.

Il pratique un stage préalable d'une semaine dans l'Etablissement.

La Commission Médico Pédagogique décide ou non de l'admission.

C - BUT

C'est un Etablissement très ouvert idéologiquement sur l'extérieur, dont la vocation est la mise au travail et l'autonomie des adolescents qui le fréquentent.

PREMIERE PARTIE

MOYENS D'ETUDE

Trois sources principales sont à l'origine de nos renseignements :

1 - Les dossiers de chaque adolescent en ce qui concerne leurs antécédents :

- . dossier médical : arbre généalogique
histoire de l'enfant
bilan d'examens et traitements
résumés d'hospitalisation etc..
- . dossier psychologique : tests et observations
- . dossier analytique
- . dossier de synthèse qui regroupe :
 - les données générales recueillies auprès de psychologues-rééducateurs-ateliers techniques et culturels
 - les conventions de stages.

2 - Les entretiens avec les éducateurs et l'assistante sociale, en particulier pour les questions relatives au devenir de l'adolescent à la sortie de l'Etablissement.

3 - Le contact direct avec 18 adolescents qui avaient répondu favorablement à une invitation adressée à l'ensemble d'entre eux.

PREMIER CHAPITRE

L'ADOLESCENT AVANT L'EXTERNAT MEDICO PROFESSIONNEL

- Sa Famille
- Son Milieu de vie.

L'ADOLESCENT

I - Caractéristiques Sociodémographiques

A - Le Sexe

La prédominance des garçons est nette :

- 34 garçons : 55,7 %
- 27 filles : 44,3 %.

B - Année de Naissance, Age au moment de l'enquête

Le Tableau I rend compte de la répartition des adolescents par année de naissance et par âge au moment de l'enquête :

- 33 % d'entre eux ont entre 15 et 19 ans
- 49 % -d°- 20 et 22 ans
- 18 % -d°- 22 et 25 ans

• Légitimité à la naissance :

- Enfants légitimes : 54 : 88,5 %
- " illégitimes : 7 : 11,5 %.

• Parmi les 7 enfants illégitimes :

- Pas légitimés secondairement : 4
- Légitimés secondairement : 3
 - par mariage subséquent des 2 parents : 1
 - par le beau-père : 2

C - Nationalité

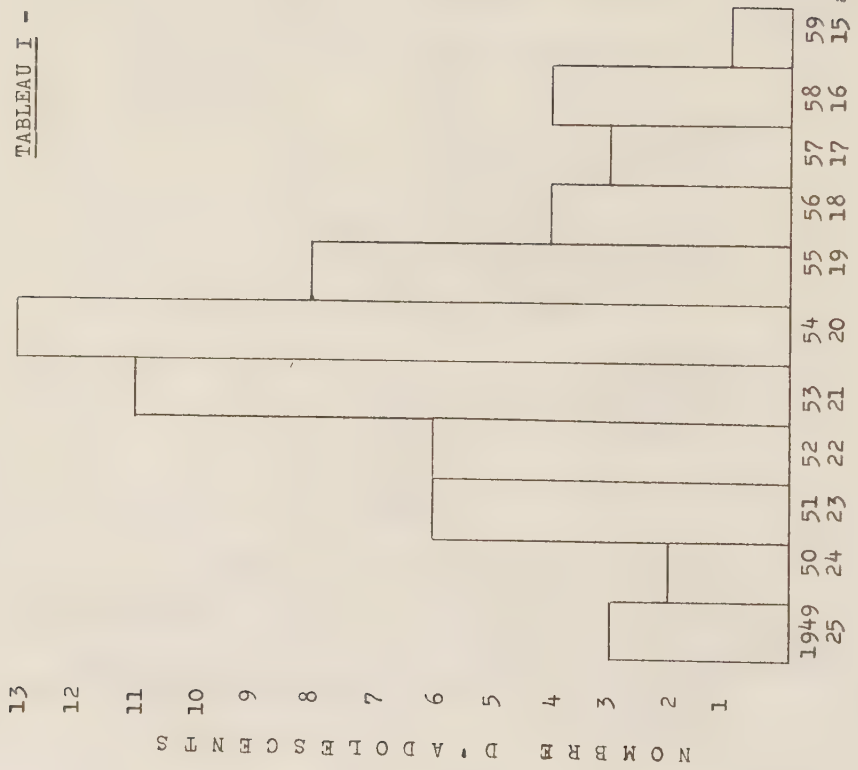
- Française : 55 : 90,2 %
- Etrangère : 6 : 9,8 %
 - Portugal : 2
 - Algérie : 2
 - Suisse : 1
 - Tunisie : 1

D - Répartition géographique selon l'habitat

Nous avons vu, aux critères de recrutement de l'Etablissement, que les adolescents habitant la localité dont il dépend, étaient prioritaires :

- Ils sont 27 soit 44,3 % des adolescents étudiés
- les autres adolescents habitent des localités très voisines.

TABEAU I - REPARTITION DES ADOLESCENTS :
- par année de naissance
- par âge au moment de l'enquête



II - Etude clinique

A - Quotient intellectuel (QI)

Sa détermination est obligatoire pour entrer dans l'Etablissement.

- Répartition des adolescents suivant leur quotient intellectuel.

TABLEAU II

: <u>Débilité</u> :	Valeurs du QI	: Nombre d'a- :	: % :	:
: - - - - - :	- - - - -	: dolescents :	- - - - -	:
: Profonde :	: QI ≤ 50 :	: 13 :	: 21,3 :	:
: Moyenne :	: QI $\leq 50 \leq 70$:	: 35 :	: 57,4 :	:
: Légère :	: QI > 70 :	: 13 :	: 21,3 :	:
TOTAL		61	100	:

Notre population se compose donc :

- d'une majorité de débiles moyens et légers : 78,7 %
- d'une minorité de débiles profonds : 21,3 %

Les valeurs extrêmes du quotient intellectuel sont 38 et 80.

B - Mode d'Allaitement à la naissance

L'étude du mode d'allaitement des adolescents à la naissance n'a pu être faite pour 21 d'entre eux : 34,4 %.

Les résultats des 40 autres : 65,6 % sont consignés dans le tableau III.

TABLEAU III

: Mode d'allaitement des :	: Nombre d'a- :	: % :	:
: adolescents :	: dolescents :	- - - - -	:
: Allaitement uniquement :	:	:	:
: artificiel :	: 11 :	: 27,5 :	:
: Allaitement mixte . . . :	: 1 :	: 2,5 :	:
: Allaitement au sein . . . :	: 28 :	: 70 :	:
: .Durée inférieure à 3 mois 8 :	:	:	:
: .Durée supérieure à 3 mois 15 :	:	:	:
: .Durée inconnue 5 :	:	:	:

La majorité des adolescents, dont on connaît le mode d'allaitement, a donc été alimentée au lait maternel (70 %) et ce, pour la moitié d'entre eux, pendant une durée supérieure à 3 mois.

C - Scolarité avant l'entrée à l'Externat

. Conclusions de cette étude :

1 - Scolarité ordinaire

- 47 adolescents sont restés à un niveau scolaire égal ou inférieur au cours préparatoire en le redoublant au moins deux fois, soit en pourcentage 77 % de l'ensemble des adolescents étudiés
- 14 sont allés au-delà du cours préparatoire ... 23 %
 - . 14 sont allés en cours élémentaire 1ère année, dont 12 ne sont pas allés plus loin
 - . 1 est allé en cours moyen 2e année
 - . 1 est allé en 3e pratique
- 3 adolescents n'ont pratiquement jamais été scolarisés. Cause :
 - . Troubles du comportement 1
 - . Facteurs de surcharge trop importants 1
 - . Carence familiale éducative manifeste 1

Les résultats de cette enquête figurent dans le tableau IV.

TABLEAU IV

: SCOLARISATION DES ADOLESCENTS AVANT LEUR ENTREE				:
: A L'EXTERNAT				:
: Niveau scolaire	:	Nombre d'a-	: %	:
: - - - - -	: -	dolescents	: - - - - -	:
: Niveau inférieur ou égal	:	47 dont 3 prati-	:	:
: au cours préparatoire	:	quement jamais sco-	: 77	:
:	:	larisés	:	:
: Niveau supérieur au	:		:	:
: cours préparatoire	:	14	: 23	:

Notre étude met donc en évidence le rôle révélateur de l'Ecole Primaire vis-à-vis de la déficience mentale, par l'échec, dès le cours préparatoire, de 77 % des adolescents de notre population.

2 - Enseignement Spécial

- 55 adolescents ont eu un enseignement spécial : 90 %
A savoir : Tableau V

TABLEAU V

ENSEIGNEMENT SPECIAL DES ADOLESCENTS		
Enseignement spécial	Nb d'ado- lescents	% de l'ensem- des adolescents
Cours de Perfectionnement	35	57,4
Externat Médico Pédagogique	35	57,4
Internat Médico Pédagogique	10	16,4
Externat Médico Professionnel	4	6,5
Internat Médico Professionnel	2	3,3
Perfectionnement Professionnel	9	15

Un même adolescent a souvent suivi plusieurs enseignements spécialisés avant d'arriver à l'Externat Médico Professionnel.

3 - Absentéisme scolaire

Un absentéisme scolaire particulièrement fréquent est noté chez 4 adolescents.

Ses causes sont essentiellement familiales : acceptation, entretien, ou provocation de l'absentéisme (maladie de la mère, aide de la mère pour les travaux ménagers etc..).

D - Tentative de Recherche d'une Etiologie

- Intérêt, difficultés d'une telle étude

1 - Intérêt

La prétention d'une telle recherche n'a d'autre intérêt que de mettre en évidence certains facteurs qui peuvent aboutir au syndrome débilité et sur lesquelles nous pouvons ou pourrons intervenir par une action précoce, sinon préventive, du moins curative, pour tenter d'en abolir les conséquences, ou de les minimiser.

2 - Difficultés

C'est avec réserve et quelque doute que nous livrons les résultats de cette étude.

Nous ne pouvons qu'insister sur les problèmes et les incertitudes concernant le diagnostic étiologique de l'arriération.

Comme l'écrivent P. Rieu et S. Tomkiewicz : "Il est difficile :

- de trancher entre une cause génétique et embryo-foetopathique précoce, souvent par insuffisance d'examen et sur le plan fondamental à cause des phénocopies,
- d'affirmer le caractère pathogène de la naissance dans la mesure où l'on ignore l'état antérieur du fœtus et surtout parce que l'on manque souvent d'informations précises

sur le déroulement de l'accouchement et des premiers jours de la vie

- d'incriminer une cause post natale lorsque l'on ne connaît pas l'état de l'enfant avant l'accident ".

Néanmoins, les résultats ci-dessous ne peuvent laisser indifférent ...

. Classification

Nous avons, arbitrairement, différencié quatre grands groupes de causes, très inégaux :

- 1 - Les déficiences mentales par facteurs ENDOGENES, essentiellement par mécanismes génétiques.
- 2 - Les déficiences mentales par facteurs EXOGENES, strictement organiques.
- 3 - Les déficiences mentales par facteurs dits "du MILIEU"

Nous incluons dans ce groupe l'ensemble des facteurs, héréditaires ou non, qui ont pu nuire au bon développement psychologique de l'adolescent, à un moment quelconque de sa vie.

- 4 - Les déficiences de causes INCONNUES, pour lesquelles nous n'avons pu retrouver aucun des facteurs précités.

a/ FACTEURS ENDOGENES

Dans notre série, 5 déficiences mentales sont dues à des facteurs endogènes : 8,2 %.

Si certains sont sûrs : Trisomie 21 - Phénylcétonurie,

D'autres ne sont que probables : Syndrome de Smith-Lembi-Opitz.

TABLEAU VI

Etiologie	Nombre/61	%
Trisomie 21	3	5
Phénylcétonurie	1	1,6
Syndrome de Smith-Lembi-Opitz	1	1,6
total	5	8,2

A noter :

- qu'il s'agissait d'une Phénylcétonurie découverte à l'âge de 14 ans
- que la Trisomie 21 représente plus de la moitié des causes endogènes.

b/ FACTEURS EXOGENES

Ce sont les accidents, au sens large du terme, qui modifient le développement neuropsychique d'un enfant, et suivant le moment où ils interviennent, on les répartit en :

- prénataux
- périnataux
- postnataux.

1 - Les facteurs prénataux

Leur responsabilité est souvent difficile à affirmer

Nous étudierons successivement :

- . la pathologie de la grossesse
- . la durée de gestation
- . le poids de naissance.

a) Pathologie de la grossesse

Les renseignements ci-dessous sont ceux des dossiers médicaux de chacun des adolescents.

TABLEAU VII - PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

- GROSSESSE NORMALE	39	;	64 %
- GROSSESSE PATHOLOGIQUE	22	;	36 %

- Cliniquement pathologique : 12

- . Albuminurie + H.T.A.... 1
- . Oedèmes 1
- . Albuminurie isolée 3
- . Métrorragies 4
- . Infection urinaire 1
- . Allongement prolongé (supérieur à 2 mois de cause inconnue) 2

- Grossesses à "Risques" : 10

- . Ethylisme pendant grossesse 1
- . Choc psychologique 1
- . Aucune surveillance ... 2
(travail jusqu'au terme)
- . Consanguinité 1
- . Prise de médicaments toxiques 1
- . Rhésus négatif 1
- . Etat dépressif-grossesse indésirée 3

b) Durée de la gestation

- Accouchements à terme	53 : 87 %
- Accouchements hors terme	8 : 13 %
. avant terme ... :	6
. après terme ... :	2

TABLEAU VIII

DUREE DE LA GESTATION	
Naissance au terme de :	Nombre
7 mois et demi	1
8 mois	2
8 mois et demi	3
+ de 9 mois	53
9 mois et demi	2

c) Poids de Naissance

TABLEAU IX

POIDS DE NAISSANCE			
Poids de naissance : P.N.		Nombre	%
P.N. ≤ 2.500 g	.....	13	21,3
1.840 g	.....	1	
1.900 g	.....	1	
2.000 g	.....	4	
2.100 g	.....	1	
2.200 g	.....	1	
2.300 g	.....	1	
2.500 g	.....	4	
2.500 g < P.N. < 4.000 g		45	73,7
P.N. ≥ 4.000 g	.....	3	5
4.000 g	.....	1	
4.100 g	.....	1	
4.200 g	.....	1	

d) Association poids de naissance-durée de gestation.

Cette association permet de distinguer :

- Les Prématurés 6 : 10 %
 - dont le poids de naissance est inférieur ou égal à 2.500 g
 - la durée de gestation est inférieure à 39 semaines
 - aucun d'entre eux n'appartient au groupe des grossesses pathologiques.
- Les Dismatures 7 : 11,4 %
 - dont le poids de naissance ne correspond pas à la durée de la gestation
 - 4 appartiennent au groupe des grossesses pathologiques, comme si la pathologie de la grossesse avait eu plus d'influence sur le poids de l'enfant que sur la durée de la gestation.

2 - Les Facteurs Périnataux

La confusion est encore plus grande dans l'appréciation de la responsabilité d'incidents, plus ou moins pathologiques, ayant pu marquer la venue au monde d'un déficient mental.

Ils concernent :

- l'accouchement
- les premières heures de vie.

a) Déroulement de l'accouchement

TABLEAU X - MODALITES D'ACCOUCHEMENT ET MANOEUVRES OBSTETRICALES

- Accouchements apparemment normaux	44	: 72 %
(dont 4 à domicile)		
- Accouchements anormaux	17	: 28 %
• particulièrement longs ou traumatissants	8	
• Siège	3	
• Forceps	3	
• Césarienne	2	
• Anesthésie durant le travail	1	

Parmi les 17 accouchements anormaux :

- Dismature 1
- Prématuré 2
- Grossesse pathologique 6

Pour un adolescent, deux de ces facteurs sont imbriqués ou ne sont que la conséquence l'un de l'autre.

b) Pathologie des premières heures de vie

Les incidents des premiers jours de la vie sont souvent tenus pour responsables, avec juste raison mais parfois de façon abusive.

En effet, ils peuvent être en rapport avec les modalités de l'accouchement, mais aussi avec une pathologie de la grossesse : le terme de souffrance néonatale cache une pathologie complexe aux symptômes polyvalents, difficiles à analyser.

TABEAU XI - INCIDENTS ET ACCIDENTS DES PREMIERES HEURES DE VIE

- Période néonatale sans incidents	49	: 80,3 %
- Période néonatale pathologique	12	: 19,7 %
. Souffrance néonatale à type d'anoxie simple avec cyanose ayant nécessité réanimation	6	
. Post-maturité avec manifestations néonatales	1	
. Infection néonatale	1	
. Couveuse	4	
. pour prématurité :	2	
. pour dysmaturité :	2	

Parmi les adolescents ayant présenté des premières heures de vie pathologiques : 12 - Nous notons :

. Grossesses pathologiques.. :	6
. Accouchements anormaux .. :	5
. Prématurés	2
. Dysmatures	2

15

Pour trois d'entre eux, deux facteurs sont imbriqués ou ne sont que la conséquence l'un de l'autre.

Les accidents des premières heures de vie se révèlent donc être, apparemment, le reflet fidèle d'une grossesse et/ou d'un accouchement pathologiques.

De ce fait, nous les considérerons comme représentatifs des facteurs pré et périnataux associés, ce qui porte leur incidence quant à leur relation causale possible avec la déficience mentale à 12 cas : 19,7 %.

3 - Les Facteurs Postnataux

Dans la pathologie post natale, s'il est souvent plus facile de discerner les facteurs responsables de l'arriération mentale, il est toujours difficile d'affirmer un développement neuro-psychique normal auparavant.

(cette remarque s'applique principalement aux convulsions et aux psychoses).

- Nous distinguerons dans cette étude :
 - les causes probables
 - les causes possibles.

a) Les causes probables

- Elles sont au nombre de 9 : 14,7 %
 - Encéphalites 2
 - post coquelucheuse : 1
 - post infectieuse : 1
 - Encéphalopathie convulsivante constitutionnelle évolutive.. 1
 - Thrombose cérébrale 1
 - Neurotoxicose 1
 - Psychose infantile 4

b) Les causes possibles

- Nous en avons retrouvé 5 : 8,2 %
 - Convulsions isolées 3
 - Toxicose banale 2

Aussi, de façon arbitraire, nous ne retiendrons que les causes probables, parmi les facteurs post nataux à l'origine éventuelle de la déficience mentale.

Elles concernent 9 adolescents : 14,7 %

Notons qu'aucun de ces adolescents n'appartient aux deux sous-groupes précédents : facteurs pré et périnataux.

c/ FACTEURS DU "MILIEU"

Nous avons vu qu'ils regroupaient les facteurs à l'origine d'une ambiance pathogène durant la première enfance de l'adolescent.

Nous distinguerons successivement :

- la structure familiale parentale
- l'éthylisme - psychopathie et débilité parentale
- les placements et séparations du milieu parental - leur nature.

Cette étude n'est pas exhaustive et sera complétée, pour des commodités de plan, dans les chapitres concernant les parents, les grands-parents et le milieu de vie de l'adolescent (notamment l'habitat).

1 - La structure familiale parentale

En sachant que nous péchons par défaut dans l'évaluation des anomalies de la structure familiale, nous retenons néanmoins :

- ménages divorcés	4	)	7 : 11 %
- ménages séparés	3	)	
- ménages "indignes"- en- fant déclaré en danger moral-intervention de la police	4		
- concubinage reconnu ...	2		
- enfant élevé par famil- le nourricière	1		
- mère célibataire	1		
- Père décédé	9	)	
- Mère décédée	3	)	15 : 24,7 %
- Père et mère décédés ..	3	)	

Le tableau XII rend compte de l'âge de l'adolescent au décès de son père et/ou de sa mère.

TABLEAU XII - AGE DE L'ADOLESCENT AU DECES DE CHACUN DE SES PARENTS

Nombre d'adolescents		Age lors du décès	
		en années	
		du père	de la mère
1	.....	10	
1	.....	13	
1	.....	11	12
1	.....		20
1	.....	18	
1	.....	5	
1	.....	12	
1	.....	10	
1	.....	16	
1	.....	13	
1	.....	12	
1	.....	12	10
1	.....		12
1	.....	17	15
1	.....		3
TOTAL 15		moyenne : 12,4 ans	moyenne : 12 ans

AU TOTAL :

(-19 adolescents n'ont que leur père ou leur mère 31 %
 (Parmi eux :
 (. confié à famille nourricière... 1
 ((Père décédé, mère déchue de
 (ses droits)
 23 = 37,5%) . Père ou mère remarié 6
 (. Père ou mère non remarié 12
) - 4 adolescents n'ont aucun de leurs
) parents 6,5%
 (. Parents tous les deux décédés.. 3
) . Mère célibataire décédée 1
 Parmi eux :
 . Elevé par grand-mère maternelle 1
 (père inconnu-mère décédée)
 . Elevé par famille 1
 . Placé dans un foyer 1
 . Placé en Internat Médico Pédagogique 1

TABEAU XIII - CAUSES DU DECES DES PARENTS

: Causes	: Père	: Mère	:
: - - - - -	: - - - - -	: - - - - -	:
: Accident	: 3	:	:
: Infarctus	: 1	:	:
: Cancer	: 4	:	:
: Autolyse	: 1	:	:
: Cirrhose	:	: 3	:
: Hémorragie cérébrale	:	: 1	:
: Inconnue	: 3	: 2	:
: - - - - -	: - - - - -	: - - - - -	:

2 - Ethylisme-psychopathie - débilite parentale

L'appréciation de ces différents facteurs ressort :

- de l'interrogatoire des parents et particulièrement des mères
- de l'impression d'ensemble laissée à chaque membre de l'équipe médico-pédagogique lors des divers entretiens avec les familles
- des réalités constatées lors des visites effectuées au domicile de l'adolescent (assistante sociale, éducateur de suite).

Nous ne retiendrons que les certitudes, sous-estimant ainsi probablement la réalité.

a) Vue d'ensemble

TABLEAU XIV - NOMBRE D'ADOLESCENTS DONT LE PERE ET/OU LA MERE SONT ETHYLS-PSYCHOPATHES-DEBILES

	Père + mère	Père seul	Mère seule
Ethyliques	8	8	4
Psychopathes		3	6
Débiles	2	2	10
Prostitution			1
TOTAL ...	10	13	21

b) Ethylisme

- 20 adolescents ont un ou leurs deux parents éthyliques 32,8 %
 - . 8 adolescents ont leurs deux parents éthyliques 13 %
 - . 12 adolescents ont l'un d'eux éthylique..... 19,8%

c) Psychopathie

- 9 adolescents ont un de leurs parents psychopathes 14,7%

d) Débilité

- 14 adolescents ont un ou leurs deux parents débiles 23 %
 - . 2 adolescents ont leurs deux parents débiles 3,3 %
 - . 12 adolescents ont l'un d'eux débile avec une nette prédominance des mères 19,7 %

e) Prostitution

Elle concerne la mère d'une adolescente dont le père est décédé.

Notons que, très souvent, pour un même adolescent, plusieurs de ces facteurs s'imbriquent.

3 - Placements - séparations du milieu parental - leur nature

Nous faisons part, encore ici, de la difficulté rencontrée pour obtenir des renseignements précis. Ainsi, il nous a été impossible de rendre compte avec exactitude des séparations du milieu parental durant les trois premières années de la vie de l'adolescent.

Nous constatons cependant que :

- 19 adolescents ont été totalement séparés du milieu parental pendant plus de un an jusqu'à l'âge de 7 ans 31 %

TABLEAU XV - NOMBRE DE PLACEMENTS DIFFERENTS DE CES 19 ADOLESCENTS

:		Nb d'ado-	
:		lescents:	
:		:	
:	1 seul placement	:	12 :
:	2 placements	:	1 :
:	3 "	:	2 :
:	4 "	:	1 :
:	6 "	:	2 :
:	7 "	:	1 :
:		:	:
:	TOTAL	:	19 :

- 14 adolescents ont été totalement séparés du milieu parental pendant plus de 2 ans de 7 à 18 ans .. 23 %

Parmi eux, 6 appartiennent déjà au groupe précédent.

TABLEAU XVI - NOMBRE DE PLACEMENTS DIFFERENTS POUR CES 14 ADOLESCENTS

:		Nb d'ado-	
:		lescents:	
:		:	
:	1 seul placement	:	9 :
:	2 placements	:	2 :
:	3 "	:	3 :
:		:	:
:	TOTAL	:	14 :

- Nature des placements

TABLEAU XVII - NATURE DES PLACEMENTS

Nature du placement	Nb d'ado- lescents
Grands Parents	9
Assistance Publique	3
Hopital	8
Nourrices	8
Internats :	
.Médico Pédagogiques	(13
.Médico Professionnels ...	(
Foyer Jeune Travailleur	3

En conclusion :

- Les Facteurs du "Milieu" ne représentent que des étiologies possibles de la débilité.
- Plusieurs d'entre eux s'imbriquent ou s'associent pour un même adolescent.
- Globalement, 25 adolescents, soit 41 % sont concernés par ces facteurs.

d/ CAUSES INCONNUES

Chez 10 adolescents, on ne retrouve aucune des étiologies probables ou possibles précitées 16,4 %

Il peut s'agir des cas :

- . sans étiologie décelable
- . pour lesquels on manque de renseignements.

Notons que les adolescents épileptiques n'ont pas été retenus dans notre classification, l'épilepsie n'ayant pas été considérée comme cause de la débilité.

TABLEAU XVIII - RECAPITULATIF DES ETIOLOGIES

Etiologies	Nombre	%	Nombre	%
Facteurs Endogènes	5	8,2		
			Prénataux	
			+	
			Périnataux	12 : 19,7
Facteurs Exogènes	21	34,4		
			Postnataux	9 : 14,7
Facteurs du "Milieu"	25	41		
Causes inconnues	10	16,4		
TOTAL ...	61	100		

Nous constatons la faible responsabilité des facteurs endogènes face à celle des facteurs exogènes et du "Milieu" qui, associés, concernent 46 de nos adolescents, soit : 75,4 %.

E - PATHOLOGIE DE LA PREMIERE ENFANCE

1 - Développement psychomoteur

Nous étudierons la marche et les troubles du langage.

a) La marche

Elle a été choisie comme étape de référence, car la date des premiers pas est souvent plus présente et précise à la mémoire des parents que l'âge de l'adolescent lors des autres manifestations de son développement psychomoteur : premier sourire, tenue de la tête, position assise, premier mot, première phrase, propreté, etc..

- 25 adolescents ont marché à ou après 20 mois 41 %

A titre indicatif citons :

. ont marché après 16 mois : 36 : 59 %
 . ont marché après 26 mois : 8 : 13,1%

b) Le langage

- 23 adolescents : 37,7 % ont présenté ou présentent des troubles du langage ayant nécessité une rééducation orthophonique.

Ces troubles étaient à type de bégaiement - dyslexie - dyslalie - dysarthrie - gargonophasie - écholalie.

Pour 6 d'entre eux, ces troubles ont été majeurs.

2 - Troubles de l'alimentation

Nous entendons par là : Anorexie et intolérance alimentaire.

- 17 adolescents ont souffert de ces troubles à un moment quelconque des cinq premières années de leur vie : 27,8 %.

Ils se répartissent ainsi :

. Anorexie	5	:	8,2 %
. Intolérance alimentaire ..	12	:	19,6 %

3 - Maladies de la première enfance apparemment sans rapport avec la déficience mentale

- 45 adolescents : 74 % présentent des antécédents médicaux ou chirurgicaux plus ou moins notables et associés :

a) orthopédiques 33 : 54 %

. vertébraux 30
(cyphose, scoliose, cyphoscoliose vérifiées radiologiquement)

. genu valgum 1
. cubitus varus ... 1
. luxation congénitale de hanche
+ coxa plana . 1

b) Cardiovasculaire 1 (syndrome de Marfan avec insuffisance aortique)

c) Digestifs 7

. sténose du pylore 1
. atrésie du grêle .. 1
. hernie inguinale .. 4 (dont 1 étranglée)
. dilatation aigue de l'estomac 1

d) Urinaires 3

. néphropathie complexe + H.T.A. 1
. albuminurie orthostatique 1
. hypospadias + malformations urétérales et pyélocolicielles 1

e) Infectieux 1 (ostéochondrite)

f) Dermatologiques	.....	3	
. eczéma constitutionnel	.....	1	
. dermatographisme	.....	1	
. mastocytose familiale	.....	1	
g) Métaboliques	.....	1	: diabète biologique
h) Pulmonaires	.....	8	
. bronchopneumopathies	.....	5	
. asthme	.....	1	
. primo-infection tuberculeuse		1	
i) O.R.L.	.....	4	
. otites à répétition avec para-			
centèses itératives	.....	2	
. mastoïdites	.....	2	
j) Nutritionnels	.....	1	: Rachitisme
k) Hématologiques	.....	1	: leucopénie cyclique familiale

F - Relations ENFANTS - PARENTS

Ne disposant que d'éléments de présomption dans la plupart des cas, nous ne tiendrons compte que des faits qui ont laissé des traces ou qui ont été assez manifestes pour être reconnus et constatés objectivement (interventions de la police, plaintes, etc..).

Ainsi, apparaissent avec certitude :

- . le rejet net de 10 adolescents par leurs parents
- . la surprotection de 8 adolescents, nuisant à leur autonomie
- . des violences parentales à l'égard de 5 adolescents.

Notons, en outre, l'impression générale d'indifférence paternelle vis-à-vis des problèmes posés par ces adolescents.

SA FAMILLE

I - LES PARENTS

A - Age des parents à la conception de l'enfant

Inconnu	.....	3	:	5 %
Connu	.....	58	:	95 %

- 1) Age du père à la conception de l'enfant :
 - . âge moyen des pères à la conception ... 31 ans
 - . âges extrêmes constatés 20 ans et 55 ans.
- 2) Age de la mère à la conception de l'enfant :
 - . âge moyen des mères à la conception ... 29 ans
 - . âges extrêmes constatés 18 ans et 41 ans.

B - Age des parents lors de leur mariage

- non mariés	4	:	6,5 %
- inconnus	15	:	24,6 %
- connus	42	:	68,9 %

1) Age du père lors de son mariage :

- . Age moyen des pères lors de leur mariage: 27,7ans
- . Ages extrêmes constatés 19 ans et 44 ans.

2) Age de la mère lors de son mariage :

- . Age moyen des mères lors de leur mariage: 23,8ans
- . Ages extrêmes constatés 16 ans et 36 ans.

C - Catégorie socio-professionnelle des PARENTS

Notre étude a respecté, dans un but comparatif ultérieur, le mode de classification de l'I.N.S.E.E.

1) Catégorie socio-professionnelle du Chef de famille

- Inconnue	6	:	10 %
. soit père inconnu lui-même			
. soit père décédé			
. soit manque de renseignement			
- Connue	55	:	90 %
. chefs de famille actifs : 52	:	94,5%	
. chefs de famille non			
actifs	3	:	5,5%
. en invalidité .. 2			
. à la retraite .. 1			

Le tableau ci-dessous donne la répartition en pourcentage des activités socio-professionnelles du chef de famille actif dont la profession est connue.

TABLEAU XIX - REPARTITION EN POURCENTAGE DES ACTIVITES SOCIO-PROFESSIONNELLES DU CHEF DE FAMILLE

: Activités professionnelles	: Nombre	: %	:
: Patrons de l'Industrie et du	:	:	:
: Commerce	: 1	: 2	:
: Professions libérales et Cadres	:	:	:
: Supérieurs	: 5	: 10	:
: Cadres moyens	: 7	: 13	:
: Employés	: 6	: 11	:
: Ouvriers	: 31	: 60	:
: Personnel de service	: 2	: 4	:
: TOTAL	: 52	: 100	:

Nous constatons la prépondérance remarquable des ouvriers dans notre population : 60 % des chefs de famille actifs,

. l'absence totale d'agriculteurs et de salariés agricoles dans cette population urbaine.

2) Catégorie socio-professionnelle de la mère de famille

- Inconnue	3	:	5 %
- Connue	58	:	95 %
- Mères actives	29	:	50 %
- Mères non actives	29	:	50 %

TABLEAU XX - REPARTITION EN POURCENTAGE DES ACTIVITES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES MERES DE FAMILLE ACTIVES DONT LA PROFESSION EST CONNUE.

Activités professionnelles	Nombre	%
Patrons de l'Industrie et du Commerce	0	0
Professions libérales et cadres Supérieurs	3	10
Cadres moyens	1	4
Employées	5	17
Ouvrières	4	14
Personnel de service	16	55
		(69%)
TOTAL	29	100

Parmi le Personnel de Service : 11 femmes sur 16 sont femmes de ménage 69 %

Nous constatons :

- que la moitié des mères de famille ne travaillent pas
- que, parmi celles qui travaillent, plus de la moitié (55 %) appartiennent au Personnel de Service au titre, pour la majorité d'entre elles, de femme de ménage.
- que les catégories socio-professionnelles : Agriculteurs et salariés agricoles ne sont pas représentées.

3) Regroupement des catégories socio-professionnelles des deux sexes

- Inconnues	9/122	:	7 %
- Connues	113/122	:	93 %
- Inactifs	32/113	:	28%
- Actifs	81/113	:	72%.

TABEAU XXI - REPARTITION EN POURCENTAGE DES ACTIVITES
SOCIO-PROFESSIONNELLES DES DEUX SEXES ACTIFS
DONT LA PROFESSION EST CONNUE.

Activités professionnelles	Nombre	%
Patrons de l'Industrie et du Commerce	1	1,2
Professions libérales et Cadres Supérieurs	8	10
Cadres moyens	8	10
Employés	11	13,6
Ouvriers	35	43,2
Personnel de Service	18	22
		(65,2
TOTAL	81	100

Nous constatons que 65,2 % des chefs et mères de famille appartiennent à la catégorie socio-professionnelle-Ouvrier ou Personnel de Service.

La majorité des parents de nos adolescents appartient donc aux catégories socio-professionnelles les plus défavorisées.

D - Pathologie organique notable des PARENTS

Elle est résumée dans le tableau XXII.

TABEAU XXII - PATHOLOGIE ORGANIQUE NOTABLE DES PARENTS

Pathologie en cause	Père	Mère	Total
Tuberculose pulmonaire	5	3	9
rénale		1	
Mastocytose		1	1
Asthme	6	2	8
Diabète	1		1
Ulcère estomac	1	1	2
Epilepsie	1		1
Insuffisance cardiaque	1		1
TOTAL	15	8	23

II - LES GRANDS-PARENTS

Les renseignements relatifs aux grands-parents sont des plus difficiles à obtenir.

Ils ont été recueillis de l'interrogatoire des familles.

Malgré leur pauvreté, il nous a semblé important de les noter car il est possible d'en tirer une notion d'ensemble.

Nous essaierons de suivre sensiblement le même plan que pour les parents.

Malheureusement, nous n'avons pu faire part des activités professionnelles des grands-parents, faute de renseignements. Le peu que nous ayons obtenu nous laisse penser qu'ils appartenaient aux catégories socio-professionnelles les plus défavorisées.

A - Structure Familiale des GRANDS-PARENTS

1 - Lignée paternelle

- Inconnue pour 9 adolescents
 - Connue pour 52 adolescents
 - . 10 adolescents ont leurs deux grands-parents paternels qui vivent ensemble
 - . 26 adolescents ont seulement l'un de leurs deux grands-parents paternels
 - . 3 adolescents ont des grands-parents paternels divorcés
 - . 13 adolescents ont perdu leurs deux grands-parents paternels
- 52

2 - Lignée maternelle

- Inconnue pour 5 adolescents
 - Connue pour 56 adolescents
 - . 13 adolescents ont leurs deux grands-parents maternels qui vivent ensemble
 - . 25 adolescents ont seulement l'un de leurs deux grands-parents maternels
 - . 17 adolescents ont leurs deux grands-parents maternels décédés
 - . 1 adolescent a des grands-parents maternels séparés
- 56

B - Ethylisme - psychopathie des GRANDS-PARENTS

Il nous est impossible, faute de contrôle des renseignements recueillis auprès des familles, de donner des chiffres avec certitude.

Les constatations ci-dessous ne sont données qu'à

titre purement indicatif.

1 - Ethylisme des grands-parents

- . 21 adolescents ont un de leurs grands-parents éthylique avec certitude
- . 5 adolescents ont un de leurs grands-parents paternels et maternels éthyliques.

2 - Psychopathie des grands-parents

- . 4 adolescents ont un de leurs grands-parents qui a été interné.

Ces chiffres sous-estiment très certainement la réalité quand on connaît les difficultés de l'anamnèse à ce niveau.

C - Nombre d'enfants des GRANDS-PARENTS

Des renseignements plus complets ont pu être obtenus à ce sujet.

1 - Lignée paternelle

- . Inconnue 14 adolescents
- . Connue 47 adolescents.

Moyenne du nombre d'enfants par famille : 3,5 enfants.

2 - Lignée maternelle

- . Inconnue 9 adolescents
- . Connue 52 adolescents.

Moyenne du nombre d'enfants par famille : 4,7 enfants.

3 - Les deux lignées

- . Inconnues 19 adolescents
- . Connues 42 adolescents

Moyenne du nombre d'enfants par famille : 4 enfants

Nous constatons que les parents des adolescents étudiés appartiennent à des familles nombreuses.

D - Pathologie Organique Notable des Grands-Parents

Là encore, les résultats sont incomplets.

TABLEAU XXIII - PATHOLOGIE ORGANIQUE NOTABLE DES GRANDS PARENTS

Pathologie en cause	Nombre
Tuberculose pulmonaire ...	7
Diabète ...	2
Asthme ...	1

III - LA FRATRIE

A - Importance de la fratrie

TABLEAU XXIV - ETUDE DE L'IMPORTANCE DE LA FRATRIE DE
CHAQUE DEFICIENT MENTAL

Importance de la fratrie (l'adolescent est inclus)	Nombre de familles	% des familles
1 enfant	5	9
2 enfants	9	16
3 "	14	25
4 "	8	14
5 "	9	16
6 "	5	9
7 "	2	3,5
8 "	1	2
9 "	2	3,5
11 "	1	2
TOTAL 223 enfants	56	100

Notons que 5 familles ont deux enfants qui ont séjourné dans l'établissement.

- Le nombre moyen d'enfants par famille est de 4.

Nos adolescents appartiennent donc à des familles nombreuses.

B - Rang de Naissance de l'adolescent

TABLEAU XXV - RANG DE NAISSANCE DE L'ADOLESCENT DANS
LA FRATRIE

Rang de Naissance	Nombre d'adolescents	% des ado- lescents
1er enfant	14	23
2e "	13	21,3
3e "	15	24,6
4e "	7	11,6
5e "	4	6,5
6e "	4	6,5
7e "	3	5
8e "	1	1,5
TOTAL	61	100

Nous constatons parmi les adolescents étudiés :

- Nombre de derniers nés	23	:	37,7 %
- Nombre d'enfants uniques	5	:	8 %
- Nombre d'aînés	9	:	14,7 %

Notons que 15 adolescents ont des demi-frères ou soeurs: 24,6%

C - Composition de la Fratrie

1 - Plan organique : pathologie - mortalité dans la fratrie.

TABLEAU XXVI - PATHOLOGIE - MORTALITE DANS LA FRATRIE

<u>Mortalité</u>	<u>Causes</u>	<u>Frères</u>	<u>Soeurs</u>	<u>Total</u>
- mort-nés	?	2	1	3
-	méningite	2		2
-	inconnues	3	1	4
décédés	accident	2		2
avant	cardiopathie			
1 an	malformative	2		2
-	convulsions	2		2
TOTAL	.....	13	2	15
<u>Pathologie</u>				
-phénylcétonurie		2	1	3
-syndrome néphrotique		1		1
-cardiopathie		1		1
-tuberculose pulmonaire		1		1
-mastocytose			1	1
-psychopathie		1		1
-Mongolien		1		1
-Surdité			1	1
TOTAL	.....	7	3	10

2 - Plan psychique : notion de débilité familiale

16 familles sur 56 ont plusieurs enfants présentant au moins un simple retard scolaire...28,6% des familles.

Nous entendons par retard scolaire un retard de deux ans au moins par rapport à la moyenne d'âge des adolescents fréquentant la classe considérée.

TABLEAU XXVII - NOMBRE D'ENFANTS PAR FAMILLE PRESENTANT AU MOINS UN SIMPLE RETARD SCOLAIRE

Nombre d'enfants	Nombre de Familles
2 enfants	5
3 "	1
4 "	4
5 "	3
6 "	1
8 "	2
<u>TOTAL 66 enfants</u>	<u>16</u>

LEGENDE DU TABLEAU XXVIII CI-APRES :

- E.M.P. : Externat Médico-Pédagogique
- I.M.P. : Internat Médico-Pédagogique
- E.M.Pro : Externat Médico-Professionnel
- I.M.Pro : Internat Médico-Professionnel
- Débiles L : Débiles légers
- Débiles M : Débiles moyens
- Débiles P : Débiles profonds

TABLEAUX XXVIII - DETAIL DE LA SCOLARITE DE CES 66
ENFANTS AU MOMENT DE L'ENQUETE

Retard scolai re sim ple	Perfec tionne ment	EMP	IMP	EMPro	IMPro	Débiles			Total	Impor tance de la fratrie
						L	M	P		
	3			2					5	7
	1		1	1			1		4	5
	1		1	1			2		5	6
3	4			1					8	11
				2					2	3
3				1					4	4
	1			1					2	3
	2			3				1	6	7
	1	1	1	2					5	8
1				2					3	4
	2	1		1					4	5
			1	1					2	5
	1			1		1	1		4	9
	1			1					2	5
	7			1					8	9
			1	1					2	5
TOTAL	7	24	2	5	22	1	4	1	66	96

Nous constatons :

- que le nombre moyen d'enfants de ces "familles de débiles" est de 6 contre 4 dans l'ensemble de notre population : ce sont donc les familles les plus nombreuses qui sont les plus touchées.
- le pourcentage d'enfants arriérés de ces familles, par rapport au nombre total de leurs enfants est de : 66/96 = 69 % - plus d'un enfant sur deux présente donc au moins un retard scolaire notable.

SON MILIEU DE VIE : l'habitat

I - Lieu d'Habitation pendant le séjour à l'externat

- . 57 adolescents logent chez leurs parents .. 93 %
- . 4 adolescents logent dans un foyer 7 %

La majorité des adolescents vit donc avec ses parents et est soumise à leur influence.

II - Nature de l'habitat

- . Inconnu 10 : 16,4 %
 - . Connu 51 : 83,6 %
 - . H.L.M. 15 : 29,4 %
 - . Appartement "ordinaire".. 26 : 51 %
 - . Habitat insalubre 2 : 4 %
 - . Foyer 4 : 7,8 %
 - . Pavillon 4 : 7,8 %
- 51 : 100 %

Notons que 4 adolescents n'ont ni les WC, ni l'eau courante chez eux : 6,5 %.

11 adolescents : 18 % ont couché, à un moment de leur vie et pendant une période supérieure à un an, soit dans la chambre des parents, soit avec l'un ou les deux parents.

- . dans la chambre des parents 6
- . avec la mère 2
- . avec les deux parents 3

. 1 adolescent a couché avec son oncle

. 3 adolescents ont couché avec leurs frères et/ou soeurs.

III - Stabilité d'Habitat depuis la Naissance

Nous l'avons précisée dans le tableau suivant :

TABLEAU XXIX - STABILITE DE L'HABITAT DEPUIS LA NAISSANCE

Nombre de déménagements	Nombre d'adolescents	%
0	51	83,6
1	6	9,8
4	4	6,6
TOTAL	61	100

Nous constatons que :

- la majorité des adolescents a toujours vécu dans le même habitat
- la minorité qui a déménagé une fois a toujours amélioré ses conditions de logement
- ceux qui ont déménagé 4 ou plus de 4 fois appartenaient à des familles instables ou étaient eux-mêmes instables allant de foyer en foyer.

IV - Nombre de personnes par ménage

Le ménage groupe toutes les personnes habitant le même logement.

Le nombre moyen de personnes par ménage est de 6

TABLEAU XXX - DETAIL DU NOMBRE DE PERSONNES PAR MENAGE

Nombre de personnes par ménage	Nombre de ménages
2	2
3	6
4	6
5	14
6	14
7	7
8	2
9	6
10	2
11	1
13	1
TOTAL 352	61

- Les nombres extrêmes : 2 et 13 personnes par ménage.

Nous constatons :

- l'importance du nombre des ménages à 5 et 6 personnes :
28 = 46 %
- celle du nombre moyen de personnes par ménage : 6.

V - Nombre de personnes par pièce

- Adolescents en foyer 4
- Nombre de pièces inconnu 14/57 : 25 %
- Nombre de pièces connu 43/57 : 75 %
- Nombre moyen de personnes par pièce : 1,8
- Nombres extrêmes : 1 à 6 personnes par pièce.

Le nombre moyen de personnes par pièces étant de 1 dans l'agglomération parisienne, nous constatons un surpeuplement de l'habitat de ces familles.

DEUXIEME CHAPITRE

L'ADOLESCENT PENDANT SON SEJOUR A L'EXTERNAT

I - Age d'entrée, de sortie, durée de séjour

A/ Age d'entrée

- . Moyenne d'âge des adolescents à l'entrée : 15,8 ans
- . Ages extrêmes à l'entrée : 14 et 21 ans
- . 70 % des adolescents sont entrés avant l'âge de 16 ans.

B/ Age de sortie

- . Moyenne d'âge des adolescents à la sortie : 18,3 ans
- . Ages extrêmes à la sortie : 15 et 22 ans

Nous constatons que, aussi bien pour l'âge d'entrée que de sortie, les limites d'âge respectives fixées par le règlement général de l'Etablissement ne sont pas strictes

C/ Durée de séjour

- . Durée moyenne de séjour des adolescents : 29,2 mois
- . Durées extrêmes : 2 mois et 63 mois.

II - Quotient intellectuel, son évolution

A/ Nombre total de tests psychométriques effectués par adolescent

TABEAU XXXI-NOMBRE DE TESTS PSYCHOMETRIQUES EFFECTUES PAR ADOLESCENT

Nombre de tests	Nombre d'adolescents	%
1	13	21,3
2	16	26,2
3	18	29,5
4	10	16,4
5	3	5
6	1	1,6
TOTAL	61	100

- 77 % des adolescents ont été testés moins de 4 fois durant leur scolarité
- 21 % n'ont été testés qu'une seule fois.

Notons que 7 adolescents seulement ont été testés durant leur séjour à l'Externat : 11,5 %.

B/ Nature des tests psychométriques pratiqués

Ils sont au nombre de six : Termann-Merrill
Weschler
Wais
Wisc
Binet-Simon

C/ Evolution du quotient intellectuel durant la scolarité

Nous ne tiendrons pas compte des écarts, aux différents tests, inférieurs à 10.

TABEAU XXXII - EVOLUTION DU Q.I. DURANT LA SCOLARITE

Evolution du Q.I.	Nombre d'adolescents	%
Est resté stable	11	23
A augmenté	34	70,8
A diminué	3	6,2
TOTAL	48	100

La majorité des adolescents a donc un quotient intellectuel qui a augmenté durant leur scolarité.

Notons que l'évolution du quotient intellectuel n'a pu être évaluée pour 13 adolescents qui n'ont été testés qu'une seule fois.

III - Ateliers pédagogiques

Les éducateurs nous ont permis de différencier les adolescents suivant leurs capacités de lecture et la compensation pratique de leurs éventuelles lacunes.

Nous donnons ici leurs conclusions.

TABLEAU XXXIII - CAPACITES DE LECTURE DES ADOLESCENTS
ETUDIES.
COMPENSATION PRATIQUE EVENTUELLE DE
LEURS LACUNES.

Capacités de lecture.Compensation pratique	Nombre	%
Lecture courante de textes simples avec compréhension et utilisation	25	41
Déchiffrage des mots, phrases courtes avec compréhension et usage pratique ..	20	32,8
Pas de lecture mais intelligence prati- que qui compense	5	8,2
Déchiffre quelques lettres sans utilité	6	9,8
Pas de lecture, peu compensée	3	4,9
Déchiffrage par mécanisme sans compré- hension ni usage	2	3,3
TOTAL	61	100

IV - Ateliers professionnels

Là encore, les renseignements ci-dessous sont
donnés par les éducateurs.

A - Choix de l'atelier

1 - Enseignement ménager

Il comprend 5 activités :

- . cuisine
- . couture
- . repassage
- . entretien maison
- . entretien textiles

- 22 adolescents sont allés en enseignement ménager : 36 %
des adolescents :

21 filles : 78 % des filles
1 garçon (cuisine)

Parmi ces 22 adolescents :

- 5 ont fait un autre atelier : cartonnage-conditionnement
- 1 a fait deux autres ateliers : horticulture et carton-
nage conditionnement

2 - Cartonnage Conditionnement

- 18 adolescents sont allés à cet atelier : 29,5 % des ado-
lescents :

11 filles
7 garçons

Parmi ces 18 adolescents :

- 6 ont fait un autre atelier : enseignement ménager
- 1 a fait deux autres ateliers : horticulture et enseignement ménager.

3 - Horticulture

- 2 adolescents sont allés à cet atelier : 3,3 %
(deux garçons)

Parmi eux :

- 1 a fait un autre atelier : cartonnage
- 1 a fait deux autres ateliers : cartonnage et enseignement ménager.

4 - Ateliers bois - fer

- 32 garçons sont allés à l'atelier bois-fer : 52,5 % des adolescents.

B - Travail effectué à l'atelier

1 - Enseignement ménager

Nous étudierons successivement les 4 activités précitées.

Nous évaluerons les capacités de chaque adolescent dans ces diverses activités.

a) Couture

- 20 adolescentes ont choisi cette activité.

TABLEAU XXXIV - CAPACITES DES ADOLESCENTES EN COUTURE

Capacités	Nombre	%
-Grosses difficultés gestuelles, petites réalisations très simples		
. piquage, réalise un ouvrage très simple avec l'aide de l'adulte	7	35
-Réalise seule : ourlet, pose de boutons, agrafes, fermeture éclair	9	45
-Sait réaliser avec l'aide de l'adulte des vêtements simples : chemises de nuit, jupe simple etc..	4	20
TOTAL	20	100

b) Cuisine

- 20 adolescentes, 1 adolescent ont choisi cette activité.

TABLEAU XXXV - CAPACITÉ DES ADOLESCENTS EN CUISINE

Capacités	Nombre	%
-Réalise des tâches simples : épluchage, vaisselle, ou un plat très simple avec l'aide de l'adulte	4	19
-Réalise seul un plat simple	11	52,4
-Réalise seul un repas	6	28,6
TOTAL	21	100

c) Repassege

- 3 adolescents ont pratiqué cette activité.

Plusieurs explications à ce chiffre faible :

- soit nous manquons de renseignements et ce chiffre sous-estime la réalité
- soit cette activité apparaissait dangereuse ou particulièrement difficile et n'a pu être confiée qu'à une minorité
- soit la plupart des adolescents ne l'ont pas choisie pour des raisons inconnues.

TABLEAU XXXVI - CAPACITES DES ADOLESCENTS EN REPASSAGE

Capacités	Nombre
-Linge plat : serviettes, torchons	2
-Linge double : blouse, chemises, draps	1
TOTAL	3

d) Entretien maison

- 20 adolescents ont choisi cette activité.

TABLEAU XXXVII - CAPACITES DES ADOLESCENTS EN ENTRETIEN DE MAISON

Capacités	Nombre	%
-Réalise une tâche simple avec l'aide de l'adulte, mais difficultés à s'organiser (vaisselle, nettoyage, carreaux, cirage chaussures, lavage de sol)	11	55
-Réalise une tâche simple seule sans l'aide de l'adulte	7	35
-S'organise dans le temps pour la réalisation de plusieurs tâches successives	2	10
TOTAL	20	100

e) Entretien textiles

- 19 adolescents ont choisi cette activité.

TABLEAU XXXVIII - CAPACITES DES ADOLESCENTS EN ENTRETIEN TEXTILES

Capacités	Nombre	%
-Soit laver et rincer (à la main)	8	42
-Soit régler une machine à laver, recon- naître les différents textiles	8	42
-Soit entretenir ses vêtements : lavage, nettoyage	3	16
TOTAL	19	100

2 - Atelier bois - fer

- 32 adolescents ont choisi cet atelier.

TABLEAU XXXIX - CAPACITES DES ADOLESCENTS PAR ORDRE DE DIFFICULTES CROISSANTES A L'ATELIER BOIS-FER

Capacités	Nombre	%
-Nettoyage	4	12,5
-Petit bricolage	8	25
-Travail collectif : terrassement, maçonnerie sans grande initiative	9	28,1
-Entretien : réparation importante - pose d'objets aux murs - peinture	15	46,9
-Petite menuiserie : exécution de boîtes, caissettes, usinage du bois, connaissances des mesures de l'équerre	2	6,2
-Soudure : mêmes qualités, plus coup de main difficile à obtenir	1	3,1
-Maçonnerie : Initiatives pour mise de niveau, fil à plomb, proportions sable-eau-ciment	7	22
-Menuiserie : réalisations d'objets importants : bancs, tables, placards, tréteaux	8	25

Notons que :

- 12 adolescents ont travaillé aux machines : 37,5 %.

- 17 adolescents ont eu deux activités différentes dans ce même atelier :

- Petit bricolage - travail collectif	:	1
- Petit bricolage - entretien	:	4
- Petit bricolage - nettoyage	:	1
- Nettoyage - travail collectif	:	1
- Travail collectif - entretien	:	4
- Travail collectif - menuiserie	:	1
- Entretien - maçonnerie	:	1
- Entretien - menuiserie	:	1
- Entretien - petite menuiserie	:	1
- Maçonnerie - Menuiserie	:	2
		17

- 5 adolescents ont eu trois activités différentes :

- Travail collectif-entretien-petite menuiserie	:	1
- Travail collectif-entretien-maçonnerie	:	1
- Entretien - maçonnerie - menuiserie	:	2
- Soudure - maçonnerie - menuiserie	:	1
		5

En conclusion du travail effectué dans les ateliers, 5 adolescents étaient déclarés autonomes (8,2 %) à la fin de leur séjour, c'est-à-dire capables de prendre un travail et de le livrer sans intervention de l'adulte.

C - Progrès réalisés dans les différents ateliers

Ils ne préjugent en rien des possibilités futures de l'adolescent et dépendent, bien sûr, de la plus ou moins grande importance de ses capacités au départ.

1 - Atelier Bois - Fer

a) Pas de progrès

. 5 adolescents sur 32 15,6 %

Ils ont tous fait les travaux les plus simples : nettoyage - entretien - travail collectif.

b) Peu de progrès

. 9 adolescents sur 32 28 %

8 d'entre eux avaient également à faire les travaux les plus simples.

c) Progrès

. 11 adolescents sur 32 34,4 %

Ils appartiennent à toutes les catégories de travaux.

d) Progrès importants

. 7 adolescents sur 32 22 %

6 d'entre eux faisaient les travaux les plus difficiles.

2 - Atelier cartonnage - conditionnement

C'est un des ateliers qui requiert le moins de capacités.

a) Pas de progrès

. 2 adolescents sur 18 11 %

b) Peu de progrès

. 6 adolescents sur 18 33 %

c) Progrès

.10 adolescents sur 18 56 %

3 - Enseignement ménager

a) Aucun progrès

. 1 adolescent sur 22 4,8 %

b) Peu de progrès

. 8 adolescents sur 22 38,1 %

c) Progrès

.10 adolescents sur 22 47,6 %

d) Progrès importants

. 2 adolescents sur 22 9,5 %

Notons que les progrès d'une adolescente n'ont pu être appréciés du fait de son bref séjour dans l'établissement : 2 mois.

Résumons dans un tableau les progrès réalisés dans chaque atelier.

TABLEAU XXXXX - PROGRES REALISES DANS LES DIVERS ATELIERS

	Bois - Fer		Enseignement ménager		cartonnage : conditionnement	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Pas de progrès	5	15,6	1	4,8	2	11
Peu de progrès	9	28	8	38,1	6	33
Progrès	11	34,4	10	47,6	10	56
Progrès importants	7	22	2	9,5		
TOTAL ...	32	100	21	100	18	100

Progrès non appréciés pour une adolescente d'enseignement ménager (séjour trop bref dans l'établissement : 2 mois).

Au TOTAL et globalement : durant leur séjour à l'Externat :

- 8 adolescents n'ont fait aucun progrès professionnel 13,1%

Il s'agit : des plus dépourvus socialement : 6

psychopathe : 1

organique : 1

- 19 adolescents ont fait peu de progrès 31,1%
- 25 adolescents ont fait des progrès 41 %
- 9 adolescents ont fait des progrès importants ... 14,8%

61

100 %

V - Absentéisme durant le séjour

• 12 adolescents se sont absentés fréquemment durant le séjour 19,7 %

- Causes :

- maladie 2
- instabilité 3
- milieu familial pathogène provoquant ou entretenant l'absentéisme 7

VI - Etude clinique

L'examen médical, à l'entrée de l'établissement, de chacun des 61 adolescents a permis de mettre en évidence certaines de leurs caractéristiques morphologiques ainsi que les facteurs de surcharge venant aggraver la déficience mentale.

A - Poids - Taille - Périmètre crânien (P.C.)

En comparant ces divers paramètres à des courbes-type, nous constatons :

	<u>Nb</u>	<u>%</u>
• hypotrophie staturale (écart inférieur à la moyenne de plus de deux écarts-type)	10	16,4
• hypotrophie pondérale par rapport à l'âge statural (écart pondéral inférieur de plus de 2 écarts-type au poids moyen correspondant à l'âge statural)	1	1,6
• hypotrophie staturo-pondérale (écarts statural et pondéral inférieurs à la moyenne de plus de 2 écarts-type)	6	9,8
• obésité : écart pondéral supérieur de plus 2 écarts-type au poids moyen correspondant à l'âge statural	4	
(dont 2 mongoliens)	11	18

	Nb	%
• périmètre crânien inférieur à la moyenne de plus de deux écarts-type	11	18
-inférieur de plus de 4 écarts-type: 3		
-inférieur de plus de 3 écarts-type: 7		
-P.C. compris entre -2 et -3 écarts type	: 4	
• périmètre crânien supérieur à la moyenne de plus de deux écarts-type	2	3,3

Ce sont deux frère et soeur qui ont respectivement + 5 et + 3 écarts-type.

B - Les Facteurs de Surcharge

Ne pouvant nous contenter de l'évaluation "même précise" d'un quotient intellectuel, l'étude des facteurs de surcharge nous apporte des éléments importants, souvent primordiaux.

Nous en étudierons successivement 4 , qui nous ont paru dominer l'avenir de l'adolescent :

- la comitialité
- les Troubles neurologiques
- les Troubles sensoriels
- les Troubles du comportement.

1) La comitialité

Elle affecte 8 adolescents	13,1 %
• essentielle et équilibrée : 5	
• essentielle et non équilibrée : 1	
• secondaire non équilibrée : 1	
• secondaire et équilibrée : 1	

D'un point de vue association aux autres facteurs de surcharge, on distingue :

• comitialités pures	: 4
• comitialités associées à des troubles neurologiques : 3	
• comitialité associée à des troubles du comportement : 1	

2) Troubles neurologiques

Ils sont d'un classement complexe et nous les évaluerons en fonction de la gêne qu'ils apportent à la motricité spontanée :

• Ils affectent 6 adolescents	9,8 %
• Troubles majeurs	4
• Hémiparésie gauche	2
• Parésie du membre supérieur gauche : 1	
• Ataxie : 1	

- . Troubles mineurs 2
- à type d'hypotonie musculaire.

3) Troubles sensoriels

Ils affectent, à divers degrés, 30 adolescents ... 49,2 %

a) déficit auditif	8
. majeur ...	1
. mineur ...	7
b) troubles visuels	22
. astigmatisme	3
. myopie	3
. hypermétropie	2
. amblyopie ...	6
. strabisme ...	8

En fait, en aucun cas, ils n'ont perturbé ou ne perturbent l'activité de l'adolescent.

4) Troubles du comportement

Ils concernent 21 adolescents différents 34,4%

Certains s'associent entre eux.

Nous n'avons retenu que les troubles perturbant la vie familiale.

Les troubles psychotiques ou névrotiques ont toujours été confirmés par un pédo-psychiatre.

Nous avons ainsi constaté :

. Troubles mineurs du comportement à prédominance d'instabilité	9	14,7 %
. Prédélinquants	4	6,6
. Caractériels	6	9,8 %
. Névrotiques	2	3,3
. Psychotiques	7	11,5 %

Notons, pour terminer :

- gauchers	8
- onychophagie	4
(dont une très prononcée)	
- énurésie	12

5) Notion de polyhandicaps

Pour certains adolescents, plusieurs troubles de surcharge s'associent entre eux, aggravant d'autant la déficience mentale.

C'est ce que nous avons voulu mettre en évidence dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU XXXXI - LES ENFANTS POLYHANDICAPES

: Nombre de handicaps en plus : de l'arriération mentale	: Nombre	: %
: Aucun (arriération pure)	: 35	: 57,4
: 1	: 21	: 34,4
: 2	: 4	: 6,6
: 3	: 1	: 1,6
: TOTAL	: 61	: 100

VII - Incidents - Accidents pendant l'ExternatA - Accidents du travail

- . 5 adolescents ont eu des accidents du travail 8,2 %

Ils étaient tous mineurs et n'ont laissé aucune séquelle ultérieure.

B - Crises comitiales

- . 4 adolescents ont fait des crises comitiales durant leur séjour 6,5 %
 - crises inaugurales et essentielles pour deux d'entre eux, équilibrées facilement.
 - crises secondaires et subintrantes pour les deux autres.

C - Accidents de trajet

. 1 adolescent a eu un grave accident en allant rejoindre ses parents en vacances (aurait sauté du train en marche) et a présenté une fracture de la colonne vertébrale ayant entraîné une paraplégie et nécessité de longs mois de rééducation.

Alors que son insertion professionnelle était satisfaisante, il est actuellement en Atelier Protégé.

D - Hospitalisations

- . 8 adolescents ont été hospitalisés durant le séjour.

Pour causes médicales	3
. métrorragies, amaigrissement	1
. néphropathie complexe	1
. épilepsie	1

Pour causes chirurgicales	5
. hernie étranglée	1
. castration unilatérale	1
. dilatation aigue de l'estomac	1
. opérations multiples pour hypospadias	1
. appendicite	1

VIII - Autonomie Pratique

Nous considérerons essentiellement, dans cette première partie, l'autonomie de déplacement.

- deux adolescents, du fait de leur handicap organique (crises comitiales subintrantes), ont dû et doivent être accompagnés en quasi permanence.

- Les 59 autres (96,7 %) bénéficient d'une autonomie relative de déplacement : ils se rendaient par leurs propres moyens à l'établissement ou à leur lieu de stage.

Pour certains cependant, cette autonomie n'était acquise qu'après avoir parcouru, avec eux, le chemin à faire et leur avoir enseigné les principaux points de repère : une minorité d'adolescents apparaissaient donc autonomes uniquement pour des trajets connus qu'ils empruntaient de manière répétitive tous les jours, tout nouveau trajet nécessitant un apprentissage.

Notons que deux adolescents ont été accompagnés pendant une durée plus ou moins longue par leur mère surprotectrice, bien que cet accompagnement ne paraisse en rien justifié.

Nous n'avons abordé là qu'une maigre partie du problème concernant l'autonomie de ces adolescents; nous le reverrons dans la deuxième partie de ce travail.

IX - Les stages

A - Leur but

C'est une tentative de mise au travail de l'adolescent, après un certain temps de séjour dans l'établissement, en vue d'une insertion prochaine dans le monde du travail.

B - Réussite, échec d'un stage

La réussite d'un stage dépend de nombreux facteurs. Une équipe avant tout qui veut et est intimement persuadée qu'il faut tout faire pour que le stage réussisse. Elle se compose :

- de l'adolescent
- de l'éducateur de suite
- du chef du personnel
- du chef d'atelier
- de l'ensemble des personnes (ouvriers, employés) qui côtoient l'adolescent et qui feront qu'il se sentira intégré - considéré - reconnu.

Cette réussite suppose un énorme travail d'information, de sensibilisation, le plus souvent une grande diplomatie et une grande compréhension de chacun; en bref, un ensemble de personnes prêtes à faire quelque chose pour aider ces adolescents et leur donner une chance, peut-être la dernière, d'accéder au droit de travailler.

Les critères individuels d'appréciation de la Réussite d'un stage sont :

- l'Exactitude
- la compréhension des consignes
- l'habileté gestuelle
- la stabilité, la fatigabilité
- l'adaptation au milieu
- le rendement.

C - Durée de séjour à l'Externat avant la mise en stage

Elle est variable et dépend de 3 facteurs essentiels :

- l'adolescent : âge - désirs - possibilités
- sa famille : acceptation ou non du stage proposé
- le marché du travail (offres d'emplois).

La mise en stage requiert, obligatoirement, un triple accord : celui de l'adolescent, de ses parents, de l'entreprise dans laquelle se fera le stage.

D - REMUNERATION

Les stages ne sont, légalement, pas rémunérés; pratiquement, ils le sont presque toujours et ce, de façon très variable.

L'adolescent se trouve ainsi pour la première fois en possession de son argent avec la possibilité théorique (nous le verrons) d'en faire ce qu'il veut.

Pratiquement, et on aborde là un autre problème concernant son autonomie relative, cet argent a trois destinées :

- soit l'adolescent, avec l'accord de ses parents garde tout pour lui : c'est une minorité
- soit il confie tout à ses parents qui lui donnent son argent "de poche" : c'est une majorité
- soit ses parents conservent la totalité, lui refusant ainsi toute autonomie.

E - Durée des stages

Elle est en moyenne de 20 à 30 jours chacun, avec possibilité des les prolonger, le cas échéant.

F - Travail effectué en stage

Il est fonction des capacités de chacun, fonction du travail fourni dans les différents ateliers.

Les travaux effectués sont presque toujours des travaux simples ; à titre d'exemples, je citerai :

- conditionnement : mettre des morceaux de savons dans des boîtes, pliage de carton, caisserie, emballage, découpage, rangement, nettoyage, livraison
- travail de bureau - pagination - photocopies
- aide ménagère chez particuliers
- aide jardinier - aide mécanicien - aide électricien, aide menuisier, aide plombier
- câblage, travaux publics : piochage, pelletage, marteau-piqueur.

G - Nombre de stages pratiqués

TABLEAU XXXXII - NOMBRE DE STAGES PRATIQUES PAR LES ADOLESCENTS

Nombre de stages	Nombre d'adolescents
0	7
1	6
2	11
3	8
4	10
5	3
6	3
7	6
8	1
9	3
10	1
11	2

Nombre moyen de stages pratiqués par adolescent : 4,3

H - Résultats

- 7 adolescents n'ont pas fait de stage 11,5 %

Causes :

- Retrait par la famille de l'établissement 5
- Retour au pays natal 1
- Organicité empêchant la mise au travail 1

- 54 adolescents sont allés en stage 88,5 %
après une durée de séjour dans l'établissement de 4 à 44 mois; pour 61 % d'entre eux de 10 à 15 mois.

- Une cinquantaine d'entreprises accueillent actuellement les adolescents de l'Externat.

- Réussites - échecs aux stages

- 12 adolescents ont échoué à plus de la moitié des stages pratiqués 22 %

Causes

- mauvaise compréhension des consignes ... 1
- maladie 3
- instabilité 6
 - avec absentéisme et inexactitude 5
 - avec rendement faible ... 1
- Rendement trop faible 2
(tous deux mongoliens)

Pour 2 adolescents qui ont échoué du fait de leur instabilité, nous avons la notion de fugue et de vol sur le lieu de travail.

- 42 adolescents ont réussi à la majorité de leurs stages 78 %

FAIT IMPORTANT - Nous n'avons pas constaté de parallélisme absolu entre le pronostic porté quant à la possibilité d'insertion de l'adolescent dans le monde du travail et le résultat constaté après cette insertion.

Nous en tirons une règle générale :

- La remise en question permanente du pronostic
- Surtout, le devoir pour chacun de donner à tout adolescent sa chance quel qu'il soit.

X - Placement

L'insertion dans le monde du travail de l'adolescent, son simple droit au travail comme et avec "les autres", c'est le but, le devoir de tout Externat Médico Professionnel. En effet :

• Il ne faut pas croire, en apparente bonne conscience, que l'aboutissement normal de ces adolescents est le placement définitif en milieux dits "protégés".

• Il ne faut pas se contenter, dans un sentiment d'auto satisfaction coupable, de les "placer" sans les suivre et savoir ce qu'ils deviennent : le placement de chacun d'entre eux est toujours fragile, un équilibre précaire, qu'un rien peut compromettre.

C'est dire la nécessité absolue de posséder un Service de Suite, aussi discret qu'efficace.

. Discret, car il ne s'agit pas, pour l'adolescent, de se sentir dépendant d'une quelconque façon de quiconque.

. Efficace, car tout adolescent doit savoir : qui trouver au moindre problème, à qui se confier.

Il ne s'agit pas de surveillance, de contrôle, mais plutôt d'une certaine disponibilité offerte gratuitement dont ils peuvent profiter, s'ils le désirent.

. Ce Service de Suite est indispensable.

. Lui seul permet de juger du caractère durable ou non du placement.

. Lui seul permet un bilan de l'utilité de l'Établissement, tout échec devant être l'objet d'une remise en question.

C'est le Service de Suite de cet Externat Médico-Professionnel (composé seulement d'un Educateur et d'une Assistante Sociale) qui nous a permis de recueillir les renseignements sur le devenir professionnel et familial de nos adolescents.

Ainsi, à la sortie de l'Établissement :

- Nombre d'adolescents placés dans des entreprises : 46 : 75%
- Nombre d'adolescents non placés ou placés dans des établissements spécialisés : 15 : 25%

Causes de non placement :

- . Troubles du comportement 1
- . Causes parentales : retrait de l'adolescent de l'établissement 3
- . Départ de l'adolescent en province .. 1
- . Troubles moteurs trop importants 1
- . Transfert dans un autre établissement spécialisé 4
 - . Internat Médico Professionnel .. 1
 - . Institution Thérapeutique 1
 - . Autre Externat Médico-Professionnel 2
- . Retour de l'adolescent dans son pays natal 2
- . Placement en milieux "protégés" 3
 - . Mongolien 1
 - . Psychotique 1
 - . Troubles moteurs importants 1

Parmi les 46 adolescents placés à la sortie de l'Externat:

- Placés par leur famille	5	)	
- Placés par eux-mêmes	2	)	15 %
- Placés par l'Etablissement	39	:	85 %.

Travail effectué :

. Conditionnement cartonnage	16	35 %
. Petit montage	8	17,5 %
. Aide-jardinier	4	8,7 %
. Entretien maçonnerie à la Mairie	4	8,7 %
Câblage	3	6,5
. Opératrice sur machine	1	
. Garçon de cabine (piscine)	1	
. Brunissage du cuir au pistolet	1	
. Entretien peinture	1	
. Magasinier	1	
. Vendeuse	1	
. Travail de bureau (classement)	1	
. Lingerie : repassage, pliage ..	2	
. Coursier	1	
. Serveur - restaurant	1	

TROISIEME CHAPITRE

DEVENIR DE L'ADOLESCENT 6 MOIS A 5 ANS APRES

SA SORTIE DE L'EXTERNAT

Tous les renseignements concernant le devenir de l'adolescent ont été recueillis par le Service de Suite de l'Etablissement.

Ils ne sont que des instantanés qui ne préjugent en rien de son devenir proche ou lointain.

Nous avons pu, en outre, directement entrer en contact avec 18 des 61 adolescents (29,5 %) à la suite d'une invitation faite à l'ensemble d'entre eux, et à laquelle une minorité a donc répondu.

I - Plan professionnel

Quatre points nous préoccupaient particulièrement :

- qu'étaient devenus les adolescents sortis de l'Etablissement après un recul de 6 mois à 5 ans ? - Travaillaient-ils toujours ?
- est-ce que les "placés" et "non placés" actuels étaient les mêmes "placés" et "non placés" de la sortie ?
- parmi ceux qui travaillaient toujours depuis leur sortie de l'établissement, y avait-il eu stabilité de l'emploi ?
- enfin et surtout : la perte de l'emploi n'était-elle pas une fonction croissante de l'importance du temps écoulé depuis la sortie ?

A - Devenir des adolescents 6 mois à 5 ans après leur sortie de l'établissement

• Nombre d'adolescents placés	.....	34 : 55,7%
• Nombre d'adolescents non placés ou placés au milieux spécialisés	.....	20 : 32,8%
• Devenir inconnu	.....	7 : 11,5%

- Parmi les "non placés" ou placés en milieux spécialisés (20)

• " <u>Non placés</u> "	10	: 16,4%
• chômage	3	
(parmi eux une adolescente en danger de prostitution)		
• Retournés dans leur pays natal	2	
• Petit travail de conditionnement à domicile (Mongolien) ..	1	
• Ne travaillent pas, restent chez leurs parents	2	
-soit du fait d'un handicap moteur trop important :	1	
-soit de crises comitiales subintrantes	1	
• Sont mariées, ne travaillent plus	2	

- Placés en milieux spécialisés 10 : 16,4%

• Internat Médico Pédagogique	1
• Centre de rééducation par le Loisir	1
(parents refusaient qu'elle travaille en usine)	
• Centre psychothérapeutique (psychotique)	1
• Externat Médico-Professionnel ...	2
• Internat Médico-Professionnel ...	1
• En milieux protégés	4
• Centre d'Assistance par le Travail	1
• Atelier Protégé	3
• Mongolien	1
• Monoplégie du membre supérieur gauche hémisphérectomie	1
• Paraplégie après accident	1

- Parmi les 7 dont le devenir professionnel est inconnu :

• Avait déjà fait 3 postes de travail après 1 an de travail	1
• Délinquant-instable-caractériel ayant de nombreux démêlés avec la police	1
• Licencié	1
• Psychotique	1
• Instable (couchait dans les caves) (Toxicomane)	1
• Etait en Atelier Protégé (psychotique) ...	1
• Avait fait trois postes après 9 mois de travail	1

AU TOTAL :

- La majorité d'entre eux ayant fait plusieurs postes de travail en peu de temps était donc instable.

. 2 étaient suivis par la police

. 2 étaient psychotiques.

- Pour 6 de ces adolescents, on peut présumer que leur insertion dans un milieu conventionnel de travail est compromise.

B - Devenir après 6 mois à 5 ans de recul des "placés" et "non placés" à la sortie de l'Externat

1) Devenir des "placés" à la sortie de l'Externat (46)

. Devenir Inconnu	4
. Travaillent toujours	33
. Ne travaillent plus	9
. Internat Médico Pédagogique	1
. Travail à domicile (Mongolien) ..	1
. Mariée	1
. Chômage	3
. Atelier protégé (accident de train)	1
. Externat Médico Professionnel ..	2

2) Devenir des "non placés" ou des "placés" en milieux spécialisés à la sortie de l'Externat (15)

. Devenir Inconnu	3
. Travaille (garçon de restaurant)	1
. Ne sont toujours pas placés	11
. Identiques à la sortie de l'Externat	8
. Mariée	1
. Centre d'Assistance par le Travail	1
. Centre de Rééducation par le Loisir	1

C - Stabilité de l'emploi de ceux qui travaillent, après 6 mois à 5 ans de recul

TABEAU XXXXIII - STABILITE DE L'EMPLOI DEPUIS LA SORTIE DE L'EXTERNAT

: Nombre de postes :	: Nombre d'adolescents :	: % :
: 1 :	: 26 :	: 76,5 :
: 2 :	: 3 :	: 8,8 :
: 3 :	: 2 :	: 5,9 :
: 7 :	: 2 :	: 5,9 :
: plus de 7 :	: 1 :	: 2,9 :

Nous constatons une remarquable stabilité de l'emploi pour 76,5 % des adolescents.

D - La perte de l'emploi est-elle une fonction croissante de l'importance du temps écoulé depuis la sortie de l'Externat ?

Répondons à cette question en comparant, année par année, le devenir de chaque adolescent depuis sa sortie de l'Etablissement jusqu'à la date de cette enquête.

1) Devenir des adolescents sortis depuis Cinq ans 11 = 18 %

TABLEAU XXXXIV -

	Il y a 5 ans	Actuellement
Devenir inconnu		4
Placés	8	5
Non placés ou placés dans milieux spécialisés	3	2
TOTAL	11	11

2) Devenir des adolescents sortis depuis quatre ans 12 = 19,7%

TABLEAU XXXXV -

	Il y a 4 ans	Actuellement
Devenir inconnu		1
Placés	11	8
Non placés	1	3
TOTAL	12	12

3) Devenir des adolescents sortis depuis trois ans 12 = 19,7%

TABLEAU XXXXVI

	Il y a 3 ans	Actuellement
Devenir inconnu		
Placés	10	10
Non placés	2	2
TOTAL	12	12

4) Devenir des adolescents sortis depuis
deux ans 16 : 26,2%

TABLEAU XXXXVII -

	Il y a 2 ans	Actuellement
Devenir inconnu		1
Placés	10	7
Non placés	6	8
TOTAL	16	16

5) Devenir des adolescents sortis depuis
UN an ou moins 10 : 16,4%

TABLEAU XXXXVIII -

	Il y a 1 an (ou moins)	Actuellement
Devenir inconnu		1
Placés	7	4
Non placés	3	5
TOTAL	10	10

Nous constatons, contrairement à ce que l'on aurait pu envisager, que la perte de l'emploi n'est pas plus importante chez les adolescents sortis depuis 5 ans que chez ceux sortis par la suite.

E - Travail effectué par les adolescents placés actuellement

- Aide Jardinier	....	4
- Entretien maçonnerie-menuiserie Mairie	....	2
- Entretien peinture	....	1
- Petit montage	....	4
- Cartonnage Conditionnement	....	8 : 23,5 %
- Câblage	....	2
- Opératrice sur machine	....	1
- Manutention	....	3
- Employée école maternelle	....	1
- Brunissage du cuir au pistolet	....	1
- Garçon de restaurant	....	2
- Surveillant : grand magasin	....	1
- Vendeuse	....	1
- Lingerie - repassage - pliage	....	2
- Tireur de plans	....	1

II - Loisirs - vacances - salaires

Cette étude ne porte que sur les 18 adolescents que nous avons pu voir, lors d'une réunion à laquelle tous étaient conviés : 29,5 %.

Parmi eux :

- Placés	13
- Non placés	5
. Centre de Rééducation par le Loisir	1
. Travail à domicile (Mongolien)	1
. Chômage	1
. Atelier Protégé	2

A - Loisirs

- La Télévision est leur principale distraction.
- Viennent ensuite :
 - le cinéma
 - le sport : natation notamment
 gymnastique
 course à pied
 - les disques
 - les promenades.

La plupart des adolescents qui travaillent sortent avec leurs anciens camarades de l'Etablissement; ils n'en ont pas de nouveaux sur le lieu de travail.

B - Vacances

- 4 adolescents ne partent pas en vacances : ils restent chez leurs parents
- 12 adolescents partent en vacances avec leurs parents
- 2 adolescents partent en vacances sans leurs parents.

C - Salaires

Les adolescents présents gagnent entre 1.200 F et 1.600 F

Ce salaire est, pour la majorité d'entre eux, géré par leurs parents qui leur en laissent une partie plus ou moins importante.

NOTONS enfin :

- que deux adolescents seulement étaient syndiqués
- que la majorité d'entre eux regrette de n'avoir acquis plus de connaissances scolaires durant son séjour dans l'Etablissement. Par contre, ils sont presque tous satisfaits de leur apprentissage professionnel.

III - Situation matrimoniale

- Célibataires	56	:	91,8 %
- Mariés	5	:	8,2 %
. adolescentes :	4		
. adolescents :	1		

NOTONS QUE :

- 3 adolescentes mariées ont respectivement 1 - 2 et 3 enfants; l'une d'entre elles a un enfant qui présente un important retard psychomoteur.
- 1 adolescent a un enfant
- 2 adolescentes ont eu un avortement thérapeutique.

IV - Service militaire

- 5 adolescents ont fait leur service militaire
- les 29 autres ont été déclarés inaptes.

V - Habitat

- Inconnu	5		
. Repartis au pays natal :	2		
. Instables caractériels :	3		
- Foyers de Jeunes Travailleurs	1		
- Foyer de Justice	1		
- Internat	3		
. Internat Médico Pédagogique :	1		
. Internat Médico Professionnel	1		
. Internat Psycho-thérapeutique	1		
- Logement Personnel (mariés)	3		
- Habite chez sa soeur	1		
- Habite chez ses beaux-parents	1		
(mariée - a 3 enfants)			
- Logent chez leurs parents	46	:	75 %

VI - Autonomie

L'étude ci-dessus montre, assez clairement, que l'autonomie dont bénéficient ces adolescents n'est que toute relative.

Si l'établissement leur a permis d'accéder à ce droit fondamental qui est celui de travailler, ils restent néanmoins dépendants de leurs parents et c'est d'un regard inquiet que l'on peut envisager leur devenir à la disparition de ceux-ci.

: D E U X I E M E P A R T I E :

Dans cette deuxième partie, nous nous proposons de commenter et de comparer les principales caractéristiques de la population étudiée à celles, d'une part de la population NATIONALE, d'autre part de populations apparemment proches, déjà étudiées.

Nous n'avons pas la prétention d'en tirer des conclusions statistiques; il s'agit simplement d'observer et d'essayer de dégager certaines données qui nous sont apparues importantes, objet de réflexion ou d'orientation.

I - METHODE

Le seul caractère strictement commun des adolescents étudiés est celui d'avoir séjourné un temps plus ou moins long dans le même Etablissement.

Cependant, les critères de recrutement de cet Etablissement leur confèrent une certaine homogénéité : ce sont des DEFICIENTS MENTAUX.

Nous comparerons notre population, composée en majorité de débiles moyens (57,4 %) et légers (21,3 %) aux quatre populations suivantes :

1) La population Nationale

2) Une population de 481 adolescents de 7 à 17 ans, à majorité de débiles moyens, étudiée pendant plusieurs années par R. Zazzo (50) dans le cadre de la consultation de psychologie de l'Hopital Henri Rousselle.

3) Une population de débiles moyens et profonds de moins de 21 ans, étudiés séparément par l'Institut National d'Etudes Démographiques (I.N.E.D.) sous la plume de Claude Levy (32) à la suite d'une enquête Nationale effectuée en 1965 dans l'ensemble des établissements français : au total 2.106 débiles moyens et 2.656 débiles profonds.

4) Une population de débiles profonds de 0 à 16 ans, étudiée par le Centre d'Etudes et de Soins pour Arriérés Profonds de la région parisienne (C.E.S.A.P. (15) à partir de consultations hospitalières spécialisées durant les années 1966 - 1967 et 1968 : au total 1.110 dossiers.

II - L'ADOLESCENT - SA FAMILLE - SON MILIEU DE VIE

I. ADOLESCENT

A - Caractéristiques socio-démographiques

1) Le Sexe

Comparons dans le tableau ci-dessous le pourcentage de garçons et de filles constaté dans notre population à celui retrouvé dans les autres populations.

TABLEAU XXXIX

	Pourcentage	
	garçons	filles
R. Zazzo (sur 481)	79,8	20,1
I.N.E.D. (sur 2.106)	61	39
C.E.S.A.P. (sur 1.110)	55	45
(débiles profonds)		
Notre série (sur 61)	55,7	44,3
Population Nationale de		
0 à 20 ans	51	49

La prédominance masculine apparaît évidente.

Elle est difficilement explicable et certains ont voulu la considérer comme le résultat d'attitudes parentales : la déficience mentale d'un fils serait moins "admise" des parents que celle d'une fille, qu'ils ne jugeraient pas nécessaire de placer.

2) Légitimité à la naissance

Comparons les résultats de notre série à ceux de la Population Nationale :

TABLEAU I -

	Pourcentage d'enfants
	illégitimes par rapport
	aux naissances
Notre série	11,5
Population Natio-	
nale année 1971	7

Le pourcentage de naissances illégitimes est donc nettement supérieur dans notre groupe à la moyenne Nationale.

Nous ne saurions en tirer de conclusions trop hâtives, d'autant qu'il n'apparaît pas que l'âge de la mère lors de la conception de l'enfant illégitime soit particulièrement jeune (en moyenne 28 ans).

D'autres études, par contre, (Fairweather et Illsley - 1960 (17) ont montré que les mères de débiles paraissent avoir leur premier enfant alors qu'elles sont très jeunes, et que bon nombre d'entre elles débutent leur vie maternelle par une grossesse illégitime.

3) Répartition Géographique selon l'habitat

Tous les adolescents étudiés vivent en milieu urbain, ce qui leur confère indiscutablement un caractère privilégié quant à leurs possibilités de formation professionnelle, même si les établissements chargés de cette formation sont en nombre insuffisant, comme nous le verrons.

Citons à ce propos les résultats concordants de travaux au sujet des débiles moyens et légers, à savoir qu'il existe une plus forte proportion de ces adolescents en milieu rural qu'en milieu urbain, et qu'il existerait même, selon Péchoux et Coll (1958 - (38) une relation étroite entre la fréquence de la débilité et l'importance du caractère rural.

Ce fait semblerait d'ailleurs en rapport avec une plus forte proportion de familles à niveau socio-professionnel bas à la campagne qu'à la ville.

Si le déficient mental vivant en milieu urbain a plus de chances de trouver un établissement qui se chargera de sa formation professionnelle, ses possibilités d'adaptation et notamment d'insertion professionnelle sont cependant moins bonnes qu'en milieu rural : c'est le fait des exigences "supplémentaires" de la vie urbaine :

- besoin de connaissances plus importantes
- minimum de qualification nécessaire
- rendement demandé supérieur.

Aussi, le développement des écoles professionnelles, le rejet des à priori concernant l'aptitude de ces adolescents leur permettront, peut-être un jour, une insertion professionnelle meilleure, dans des tâches autres que celles auxquelles ils semblent condamnés, par nature, et qui sont sinon vouées à la disparition, du moins sans avenir.

B - Etude Clinique

1) Le quotient intellectuel (Q.I.)

Sa détermination constitue un critère obligatoire d'admission dans l'Etablissement, critère administratif donc, souvent discuté, parfois systématiquement rejeté.

Il ne s'agit en fait que d'un quotient d'âges dont les bornes de définition de la débilité correspondent à des exigences sociales d'ordre essentiellement pédagogique.

Ne tenant pas compte des facteurs de surcharge qui peuvent en perturber l'évaluation, il nous apparaît comme un examen de dépistage qui, notamment chez les débiles moyens et légers, ne permet en aucune façon un quelconque pronostic.

Il donne néanmoins satisfaction à notre souci de classification et peut, en cela même, constituer un outil commode, dans un but comparatif.

Ainsi il s'avère que notre population est composée d'une majorité de débiles moyens et légers (78,7 %).

Q.I. et Etiologie

En rapprochant valeur du Q.I. et étiologie probable ou possible, on retrouve parmi les adolescents dont le Q.I. est inférieur ou égal à 50 :

- Facteurs endogènes	4
. Mongoliens	3
. phénylcétonurique ..	1
- Facteurs exogènes	3
. thrombose centrale..	1
. encéphalite post-infectieuse	1
. psychose infantile..	1
- Facteurs du "Milieu"	5
où s'entremêlent de façon étroite :	
décès d'un des deux parents, placements nombreux dans la première enfance, éthylisme de l'un des parents	
- Facteur Inconnu	1

Evolution du Q.I. et étiologie

L'intérêt de l'étude de l'évolution du Q.I. au cours des différents tests psychométriques pratiqués est plus que relatif étant donnée la diversité des tests employés pour un même adolescent.

Il apparaît néanmoins superficiellement et à titre purement indicatif que :

- parmi les 11 adolescents dont le Q.I. est resté stable aux examens successifs :
 - . encéphalites post natales ... 2
 - . psychotiques 4
 - . prédélinquant 1
- parmi les 3 adolescents dont le Q.I. a diminué aux examens successifs :
 - . Mongolien 1
 - . psychotique 1

L'augmentation du Q.I. global de 70,8 % des adolescents aux différents tests s'est faite, pour la quasi totalité d'entre eux, par une nette augmentation de leurs possibilités aux épreuves dites "de performance" avec une relative stabilité des épreuves "verbales".

A noter, en outre, que 7 adolescents seulement ont été testés durant leur séjour à l'Externat, ce qui témoigne d'un certain septicisme de l'équipe médico-pédagogique de l'Etablissement vis-à-vis de l'utilité des tests psychométriques en tant qu'éléments de référence.

2 - Scolarité avant l'entrée à l'Externat

Pour la majorité des adolescents étudiés, la scolarité obligatoire a permis le constat de la déficience mentale par l'échec de 77 % d'entre eux dès le cours préparatoire : rôle révélateur donc de cette école où l'inaptitude scolaire apparaît comme un critère de débilité.

Nous ne pouvons regarder qu'avec beaucoup d'inquiétude le placement de ces enfants en classes spécialisées, où tout semble joué dès ce premier constat d'échec et où tout paraît, dès lors, s'enchaîner de façon quasi irréversible : perfectionnement - Externat Médico-Pédagogique - Externat Médico-Professionnel - Atelier Protégé.

Michel Gilly remarque : (R.Zazzo et Coll : 1969-50) "on sait que le niveau d'exigence de l'enseignement dispensé dans les sections ordinaires de l'école primaire est, d'une façon générale, trop élevé par rapport aux possibilités des enfants. Ce qui se traduit notamment à la fin des cinq années primaires, par un pourcentage de retards scolaires qui excède 50 %. On peut alors se demander si l'augmentation du nombre d'enfants relevant de l'enseignement spécial, par une extension du critère de débilité scolaire, ne constitue pas un pis-aller, et s'il ne serait pas préférable de repenser profondément l'enseignement dispensé dans les sections ordinaires du cycle élémentaire afin d'en améliorer le rendement et de permettre à plus d'enfants d'en tirer profit".

Nous nous demandons, de notre côté, si la Société ne doit pas intervenir précocement sur les causes mêmes paraissant à l'origine de "l'inaptitude" de ces adolescents, et nous voulons évoquer ici certains facteurs du "Milieu" qui sont apparus comme prédominants dans notre tentative de recherche étiologique.

3 - Tentative de Recherche d'une Etiologie

Nous avons déjà souligné la difficulté, la superficialité, l'inexactitude, voire la prétention d'une telle recherche.

Si les facteurs endogènes génétiques par aberrations chromosomiques (trisomie 21) ou trouble inné et héréditaire du métabolisme (phénylcétonurie) semblent, avec une quasi certitude, pouvoir être retenus à l'origine de la déficience mentale, toutes les autres relations de cause à effet envisagées ne sont que pures hypothèses.

La difficulté atteint son acmé lorsqu'il s'agit de juger de la responsabilité d'une éventuelle souffrance néonatale, cause de la débilité ou simple conséquence d'une pathologie ante natale ?

Tout essai de classification apparaît donc comme plus ou moins arbitraire; c'est pourquoi nous nous abstenons, en toute prudence, de comparer nos résultats à ceux d'autres enquêtes, de peur de ne parler le même langage.

Il faut en outre savoir que si les causes dites "Exogènes", telles une grossesse perturbée, un accouchement anormal, une encéphalite post natale, peuvent apparaître comme pouvant être la "cause" de la déficience mentale, il ne s'agit là, le plus souvent, que d'un point d'appel, sujet à remaniements, suivant la plus ou moins bonne acceptation de "l'anomalie" par le milieu familial et tout particulièrement le couple parental.

Malgré toutes ces réserves, nous nous refusons à considérer les chiffres énoncés comme le résultat d'un pur hasard. Nous allons nous efforcer maintenant de les commenter.

a)- Les Facteurs Endogènes, génétiques (8,2 % des cas) paraissent imputables, pour une minorité des adolescents étudiés, et ces résultats semblent en corrélation avec d'autres études et notamment celle de Claude Lévy (I.N.E.D. 1965- (32) sur les débiles moyens. En effet, ces anomalies génétiques sont le plus souvent responsables de débilité profonde.

L'importance de la Trisomie 21, parmi elles, est retrouvée partout : 5 % des cas dans notre série.

Une étude systématique des caryotypes permettrait probablement d'individualiser d'autres aberrations chromosomiques.

Pour tenter de réduire l'importance des facteurs génétiques à l'origine de la débilité mentale, deux moyens principaux nous sont offerts :

- la ponction du liquide amniotique entre la 14^e et la 16^e semaine, préconisée par C. Tchobrousky, dans le cadre des erreurs innées du métabolisme, prévisibles du fait d'antécédents familiaux ou d'une grossesse antérieure; la pratique systématique du test de Guthrie chez tous les nouveaux-nés en ce qui concerne la détection précoce de la phénylcétonurie;
- l'avortement thérapeutique dont les indications sont fonction de chaque cas particulier pour les aberrations chromosomiques prévisibles.

b)- Les Facteurs Exogènes ante, peri et post-nataux (34,4% des cas), semblent beaucoup plus importants.

• Les facteurs prénataux : comprennent la pathologie de la grossesse, la durée de gestation, le poids de naissance.

- Pathologie de la Grossesse

Bien que les données concernant la pathologie de la grossesse soient difficiles à recueillir de façon rétrospective, le taux de grossesses cliniquement pathologiques ou à risques (36 %) retrouvé dans notre population concorde relativement avec celui de R. Zazzo : 32% (1969- (50).

- Durée de gestation - poids de naissance

- 8 accouchements ont eu lieu hors terme ... 13 %
(6 avant et 2 après terme)

• 13 enfants ont eu un poids de naissance inférieur ou égal à 2.500 g : 21,3 %, chiffre nettement supérieur à celui retrouvé par R. Zazzo dans son étude : 12,8 % (1969- (50)

- L'association des deux critères durée de gestation et poids de naissance permet d'aborder le problème difficile de la prématurité qui concerne 6 de nos adolescents (10 %) contre 8,3 % dans la population de R. Zazzo et 6 % dans la population Nationale.

Il est à noter que nous ne retrouvons pas de grands prématurés dans notre population et la prématurité, par elle-même, ne semble pas avoir, ici, un rôle déterminant à l'origine de la déficience mentale.

Elle peut, par contre, être la conséquence d'une embryopathie ou d'une foetopathie passées inaperçues qui, elles, peuvent être à l'origine de la déficience mentale.

Des conclusions analogues ressortent de l'analyse des dysmatures.

- Quant à la post-maturité, elle ne paraît aucunement en cause dans notre population.

Pour réduire l'importance des facteurs prénataux nous proposons brièvement :

- une meilleure information des futures mères
- une meilleure surveillance de la grossesse avec des examens médicaux obstétricaux et généraux obligatoires plus rapprochés que ceux prévus par la législation actuelle pour toutes les femmes enceintes et, a fortiori, celles qui présentent des antécédents obstétricaux pathologiques ou des grossesses dites "à risques".
- une aide sociale, morale, et financière aux futures mères les plus défavorisées qui doivent, le plus souvent, continuer à pratiquer des travaux pénibles, pour de simples raisons pécuniaires de survie, et qui compromettent en cela même le bon déroulement de leur grossesse.

. Les facteurs périnataux : ils comprennent l'accouchement et les accidents de la période néonatale.

- Déroulement de l'accouchement

Le taux de 28 % d'accouchements pathologiques de notre série concorde avec celui de R. Zazzo (1969-(50) 26,4 %, avec une nette majorité d'accouchements longs ou traumatisants : 21,3 %.

- Incidents, accidents de la période néonatale

Comme nous l'avons vu, les accidents de la période néonatale semblent, dans notre population, être la stricte conséquence d'une grossesse et/ou d'un accouchement pathologiques, ce qui nous a permis de ramener l'incidence des facteurs pré et périnataux associés, quant à leur responsabilité éventuelle vis-à-vis de la déficience mentale, à 19,7 % des cas :

. au premier rang, nous trouvons la souffrance néonatale (10 %.)

Pour réduire la fréquence des accouchements pathologiques et des incidents et accidents néonataux, nous proposons :

- une meilleure surveillance de la grossesse, déjà envisagée dont dépend, pour une large part, le pronostic du déroulement de l'accouchement;
- la détection systématique chez toute femme en période d'activité génitale de celles qui n'ont eu ni la rubéole ni la toxoplasmose;

- la surveillance étroite du déroulement de l'accouchement avec, en premier lieu, la prévention du traumatisme obstétrical dont l'importance, en tant qu'élément induisant ou aggravant la déficience mentale, est indéniable.

Pour réduire les conséquences des accouchements pathologiques et des incidents et accidents néonataux, on ne peut que souhaiter un meilleur équipement des maternités, un personnel compétent et hautement qualifié.

. Les facteurs post-nataux

Pour attribuer à un facteur post natal la responsabilité de l'arriération mentale, il faut être certain d'un développement normal jusque là, ce dont nous ne pouvons préjuger dans la majorité des cas.

A noter que les psychoses infantiles ont été incluses dans ce chapitre.

- 14,7 % des adolescents étudiés dans notre série présentent donc des antécédents médicaux post nataux qui peuvent expliquer leur débilité, contre 15,3 % dans la population de C.Lévy (I.N.E.D. 1965- (32)).

Les moyens médicaux de prévention et de traitement de ces accidents post nataux sont multiples et leur énumération dépasserait le cadre de cette thèse.

C - Les Facteurs du "Milieu"

Leur importance est capitale dans notre population puisque 41 % des adolescents étudiés sont concernés.

. Structure familiale

R. Zazzo (1969- (50)) distingue les anomalies de composition et les anomalies de l'équilibre du foyer :

- Par anomalies de composition du foyer, il entend les situations dans lesquelles l'un des deux parents, au moins, n'est pas présent :

- . soit que la structure familiale n'ait jamais été "normale" (mère célibataire, abandon)
- . soit qu'il y ait eu perturbation de cette structure par dissociations volontaires (séparations ou divorces) ou involontaires (décès).

- Par anomalies de l'équilibre du foyer, il englobe les situations de mésentente parentale : les dissociations morales.

C'est en fait une catégorie très difficile à étudier, et n'apparaissent le plus souvent que les cas les plus manifestes.

Cependant, les anomalies de l'équilibre du foyer sont souvent tout aussi préjudiciables, sinon plus, sur le développement psychologique de l'enfant.

. Anomalies de composition du foyer :

Elles concernent 37,5 % des adolescents étudiés, chiffre éloquent et comparable à ceux retrouvés habituellement dans la littérature (entre 20 et 50 %), les pourcentages les plus élevés étant donnés par les auteurs qui ont étudié des populations de consultations ou des débiles placés en Institutions.

. M.J.Chombart de Lauwe (1959- (8) étudie 4 catégories d'enfants handicapés (gauchers, troubles du comportement, retards du développement et débiles).

Elle constate que ce sont les débiles qui appartiennent le plus fréquemment à des familles dont la composition est anormale (48 %), plus fréquemment même que les enfants atteints de troubles du comportement (42 %).

L'étude des résultats retrouvés par C. Lévy (I.N.E.D. 1965- (32) et dans notre population sont consignés dans les tableaux ci-dessous qui permettront, en outre, une comparaison avec la situation matrimoniale des parents de débiles profonds.

TABLEAU LI - SITUATION MATRIMONIALE DES PARENTS DES DEBILES AU MOMENT DE L'ENQUETE (lorsque le ménage est rompu, seul l'état matrimonial du parent avec lequel vit l'enfant a été retenu).

	I.N.E.D. : 1965			Notre Série:	
	% débiles:		% débiles:	%	1974
	profonds:	moyens			
Parents mariés vivant ensemble	67	70		65,5	
Mère célibataire	2	2		0	
Mère divorcée ou séparée ..	3,5	4,3		6,6	
Mère veuve	4,2	5		6,6	
Mère vivant en concubinage	2	3		3,3	
Mère remariée	2,3	4,2		8,2	
Père divorcé ou séparé	1,3	1,8		0	
Père veuf	2,3	2		1,6	
Père en concubinage	0,1	0,7		0	
Père remarié	0,6	2		1,6	
Enfant orphelin de père et de mère	0,7	0,8		6,6	
Aucun renseignement	14	4		0	
TOTAL	100	99,8		100	

**TABEAU LII - SITUATION MATRIMONIALE DES PARENTS DES DEBILES
COMPARAISONS AVEC LES FAMILLES AU RECENSEMENT
DE 1962 : REPARTITION EN POURCENTAGE**

	Familles Recense- ment 1962	I.N.E.D.		Notre Série:	
		Parents 2 sexes	Parents des:	Parents des:	Parents des:
		Débiles	Débiles	2 Sexes	Débiles
		profonds	moyens	biles	moyens
Célibataires	1,6	2	2	0	
Mariés	93	67	70	65,5	
Concubins - remariés		5	9,9	13,1	
Veufs	3,8	6,8	7	8,2	
Divorcés	1,6	4,8	6,4	6,6	
Orphelins		0,7	0,8	6,6	
Sans réponse		13,7	4	0	
TOTAL	100	100	100	100	

**TABEAU LIII - REPARTITION EN POURCENTAGE DES DEBILES
PROFONDS ET MOYENS**

	Familles conjugales françaises 1962 %	I.N.E.D.		Notre Série:	
		Débiles	Débiles	Débiles	Débiles
		profonds	moyens	moyens	moyens
		%	%	%	%
L'enfant vit avec ses parents mariés	93	67	70	65,5	
L'enfant vit avec l'un d'eux	7 (célibataire veuf ou di- vorcé)	18,6	25,2	27,9	
L'enfant est orphe- lin		0,7	0,8	6,6	
Sans réponse		13,7	4		
TOTAL		100	100	100	

L'examen de ces tableaux montre, comme le rap-
porte C.Lévy, que s'il existe une légère différence entre
les familles des deux catégories de débiles (moyens et pro-
fonds), il en existe une, très importante, entre ces familles
et celles de l'ensemble de la population (familles conjugales
au recensement de 1962 ayant des enfants de 24 ans ou plus
vivant au domicile du ménage).

On trouve en effet 7 % de familles désunies au recensement, contre 18,6 % (familles de débiles profonds I.N.E.D.), 25,2 % (familles de débiles moyens I.N.E.D.) et 27,9 % (notre série).

Le tableau suivant permet de comparer notre population à la population Nationale en ce qui concerne le décès d'un ou des deux parents avant l'âge de 21 ans.

TABLEAU LIV -

:	:Population Nationale:		:Notre Série :	
:	:% des enfants de		:	% :
:	:moins de 21 ans		:	:

: Perte du père	:	14	:	14,7 :
: Perte de la mère	:	5	:	5 :
: Perte des 2 parents	:	1	:	5 :
:	:	-----	:	----- :
: TOTAL	:	20	:	24,7 :
:	:	-----	:	----- :

Ces deux populations ne se différencient que par le nombre beaucoup plus important d'enfants orphelins de père et de mère dans notre population.

Les perturbations de la structure familiale sont donc manifestes dans les foyers d'enfants dits débiles, avec une proportion importante de couples divorcés ou séparés (11,5 %), d'enfants orphelins de père et/ou de mère (24,6 %) dans notre série.

Nous pensons qu'il s'agit là d'une constatation fondamentale qui peut trouver 3 explications :

- soit l'anomalie est cause de la débilité
- soit elle n'en est que la conséquence
- soit elle est à la fois l'une et l'autre.

En fait, nous ne saurions trancher et nous contenter d'une explication univoque.

Ce qui nous est apparu, à la lecture des 61 dossiers, c'est qu'il y avait, pour la majorité des adolescents, un ensemble de circonstances qui ont fait qu'ils n'ont pas vécu une enfance comme "les autres", une enfance durant laquelle leurs potentialités intellectuelles (si elles existaient) enrichies des expériences et des stimulations du milieu parental, ont pu s'exprimer.

Ce sont ces différents facteurs qui ont pu nuire au bon développement psychologique de l'enfant, que nous avons essayé de regrouper dans le chapitre "Facteurs du Milieu". En fait, leur énumération n'est pas exhaustive et nous les retrouverons encore dans les chapitres concernant le "Milieu de vie" de l'adolescent (notamment l'habitat) et les chapitres étudiant les caractéristiques des grands-parents et des parents.

C'est donc l'ensemble de ces éléments, héréditaires pour certains, qui nous permet de parler de milieux DEBILITANTS, notion que semble confirmer la présence de véritables "familles de débiles".

Quant aux perturbations de l'équilibre du foyer (mésentente des parents), que nous nous garderons de chiffrer, elles ne sont que trop évidentes au travers de l'analyse des différents facteurs que nous allons étudier maintenant, la mésentente des parents ressortant, pour des raisons multiples, que nous découvrirons petit à petit, comme une triste dominante caractéristique de la majorité des foyers de ces adolescents, lorsque foyer il y a ...

• Ethylisme - psychopathie - débilité parentale

- Ethylisme -

L'éthylisme parental reconnu ou manifeste touche 32,8 % des adolescents étudiés, contre 15,8 % des adolescents de la population de R. Zazzo, qui est une population de consultation psychiatrique, ce qui peut expliquer cette différence.

• En fait, R.Zazzo (1969- (50) estime que l'éthylisme affecte 25 à 30 % des foyers de débiles, en convenant que ses estimations sont probablement inférieures à la réalité.

La comparaison avec des foyers de sujets "normaux" est par ailleurs quasi impossible.

• Péchoux et Coll (1958- (38) pensent que l'éthylisme affecterait 25,6 % des familles de débiles citadins et 27 % des familles de débiles ruraux. Les pourcentages correspondants dans les familles de sujets "normaux" seraient de 4,3 % en milieu urbain et 12 % en milieu rural. Il s'agit avant tout d'un éthylisme maternel, comme il apparaît dans notre série.

• L'éthylisme du père ou de la mère, en dehors de la grossesse, ne semble actuellement en aucun cas être à l'origine de la débilité. Il sous-entend simplement une certaine tension parentale, et un obstacle au bon développement psychologique de l'enfant qui en est la victime. Il peut parfois même être à l'origine de brutalités que nous avons retrouvées chez 8,2 % de nos adolescents.

• Débilité parentale -

Bien que purement subjective et retrouvée lors de l'interrogatoire des parents des adolescents et les différents entretiens avec eux, elle semble intéresser 23 % des adolescents étudiés, soit 13,1 % de leurs parents, contre 23,8 % des parents de la population de R.Zazzo (1969- (50). Dans les deux populations, nous retrouvons une nette prédominance de débilités maternelles.

- R.Zazzo insiste sur le fait que l'insuffisance mentale des parents et collatéraux de débiles est extrêmement fréquente.

- D'après Akesson (1961- (1), 57 % des parents de débiles d'étiologie inconnue se situeraient dans les zones de subnormalité et de déficience intellectuelle.

- Péchoux et Coll (1961- (38) trouvent que 26,4 % des ascendants ou collatéraux de leurs débiles ruraux sont oligophrènes ou illettrés.

Ces pourcentages semblent inférieurs lorsqu'on étudie les familles de débiles profonds, ce qui s'explique par le fait que les causes de la débilité profonde sont le plus souvent génétiques et exogènes, contrairement à celles que l'on peut invoquer à l'origine des débilités moyennes ou légères, où les facteurs du "milieu" semblent occuper une place primordiale.

- R.Zazzo constate encore que la débilité d'un ou plusieurs membres de la famille s'observe surtout dans le cas de débiles appartenant aux classes sociales inférieures : nous le verrons plus loin.

. Psychopathie parentale reconnue -

Elle touche 14,7 % des adolescents de notre série, soit 7,4 % de leurs parents, contre 5,7 % des parents de la population de R. Zazzo.

Quant à la prostitution, elle a été retrouvée dans notre population chez la mère d'une adolescente qui avait perdu son père à l'âge de 10 ans et qui a été confiée à une famille nourricière (sa mère ayant été déchue de ses droits).

. Placements et séparations du milieu parental

44,3 % des adolescents de notre série ont été totalement et longuement séparés du milieu parental durant leur enfance et leur adolescence, contre 66,8 % dans la population de R.Zazzo: cette différence s'explique du fait que R.Zazzo inclue dans ce pourcentage les placements nourriciers banaux, la délinquance parentale et la déchéance parentale.

L'association de ces différents facteurs du "Milieu" à ceux que nous aborderons plus loin, tend à faire ressortir une certaine spécificité très générale du milieu de vie du "débile mental".

Pour réduire leur influence, la tâche ne paraît pas simple, de nature sociale et politique avant tout.

d) Etiologies inconnues

Chez 16,4 % des adolescents de notre population on ne retrouve aucune des étiologies précitées, contre 27,5 % dans la population de C. Lévy (I.N.E.D. 1965- (32).

Ces adolescents sont peut-être "la résultante de multiples variations indépendantes qui découlent des combinaisons chromosomiques au hasard" Duchêne (1955- (11). Ce sont "des débiles en bonne santé" (Penrose) dont l'importance est peut-être en rapport avec un manque de renseignements ou d'investigations.

Pour conclure ce chapitre difficile concernant l'étiologie apparente de la débilité mentale, nous ne pouvons qu'insister une nouvelle fois sur l'importance des facteurs du "Milieu" (41 % de nos adolescents), que nous compléterons plus loin, dont C.Lévy n'a pas tenu compte dans sa classification (Tableau ci-dessous) et qui représentent probablement une large part de ses causes dites "inconnues" et de l'intitulé "sans renseignements". Sa classification permet en outre de comparer du point de vue étiologique les caractéristiques des débiles moyens et profonds.

TABLEAU LV - ETIOLOGIE DE LA DEBILITE MENTALE :POURCENTAGE

	I.N.E.D. 1965		Notre	
	Débiles pro-Débiles		Série	
	fonds	%	moyens	%
Causes génétiques	20,7	7,5	8,2	
dont Mongoliens	13	3,3	5	
Causes ante, perinatales	18,4	14,9	19,7	
Causes post natales	19,1	15,3	14,7	
Causes inconnues	22,3	27,5	16,4	
Sans renseignements	19,5	35,5	0	
Facteurs du "Milieu"	?	?	41	
TOTAL	100		100	

Il ressort essentiellement de ce tableau que les facteurs endogènes génétiques sont bien plus souvent à l'origine de débilité profonde que de débilité moyenne et que l'importance du pourcentage "des manques de renseignements" apparaît presque comme une caractéristique spécifique des familles de débiles.

4 - Pathologie de la première enfance

a) Développement psychomoteur

- La marche -

Nous avons vu, dans la première partie, pourquoi la marche avait été choisie comme élément de référence, et on ne peut être que surpris par l'importance du taux des adolescents qui ne marchaient pas encore à 20 mois : 41 %.

Si on se réfère aux étiologies possibles, on trouve :

TABEAU LVI -

	Nombre	%
	d'adoles-	%
	cents	
Facteurs endogènes	4	6,6
Facteurs exogènes	7	11,4
Facteurs du "Milieu"	10	16,4
Causes inconnues	4	6,6
TOTAL	25	41

- Les troubles du langage -

Ils ont affecté, à un moment de leur vie, plus de un tiers (37,7 %) des adolescents étudiés. Ces troubles ont été, en fait, le plus souvent, réversibles, sous rééducation orthophonique.

b) Troubles de l'alimentation

Qu'il s'agisse d'anorexie ou surtout d'intolérance alimentaire, ils ont touché 27,8 % des adolescents étudiés. Ces chiffres sont sûrement inférieurs à la réalité, quand on connaît la difficulté et le manque d'objectivité des réponses formulées lors d'une telle enquête.

c) Maladies de la première enfance, apparemment sans rapport avec la déficience mentale

On note l'importance des troubles de la statique vertébrale qui concernent 47,5 % de nos adolescents.

Quant aux malformations viscérales embryonnaires qui peuvent être en faveur d'un syndrome malformatif général à l'origine de la débilité, elles sont au nombre de 3 (5 %).

SA FAMILLEA - Les Parents1) Age de conception de l'enfant

L'âge moyen de conception des enfants des pères et mères de la population Nationale comparé à celui des pères et mères de notre population est l'objet du tableau suivant :

TABEAU LVII - AGE MOYEN DES PERES ET DES MERES LORS DE LA CONCEPTION DES ENFANTS

:	:	Population Nationale:	Notre :
:	:	le 1966	Série :
:	:		
: Pères	:	29 ans	: 31 ans :
: Mères	:	27 ans	: 29 ans :
:	:		:

Nous constatons que cet âge moyen est légèrement supérieur dans notre population que dans la population Nationale.

Or, nous avons vu, dans la première partie, en considérant les rangs de naissance, que 70 % des adolescents occupaient la première, deuxième ou troisième place dans la fratrie.

Ce fait, joint à celui que la moyenne d'âge des pères et des mères lors de la conception des 14 premiers-nés (23 % de notre population), est respectivement 29 et 25 ans, n'est pas en accord avec la conception généralement admise selon laquelle les mères de débiles paraissent avoir leur premier enfant alors qu'elles sont très jeunes.

Ainsi, Fairweather et Illsley (1960- (17) trouvent dans leur population que 20 % d'entre elles ont eu leur premier enfant avant 20 ans, soit un pourcentage deux fois plus élevé que pour les mères d'enfants "normaux".

2) Age des parents lors du mariage

Le tableau suivant donne l'âge moyen de mariage des parents de nos adolescents comparé à celui des parents de la population Nationale.

TABEAU LVIII - AGE MOYEN DE MARIAGE DES HOMMES ET DES FEMMES

:	:	Population Nationale:	Notre :
:	:	1972	Série :
:	:		
: Hommes	:	26	: 27,7 :
: Femmes	:	23,5	: 23,8 :

Il n'existe pas de différence significative entre les deux populations.

3 - Catégories socio-professionnelles

C'est le point fondamental sur lequel nous insisterons.

Nous comparerons séparément, puis simultanément, les catégories socio-professionnelles des pères et des mères de notre population à celles des autres populations précitées, puis nous essaierons d'en dégager certaines notions générales qui nous paraissent importantes et objet de réflexion.

Nous ne considérerons que les personnes actives (72 % des pères et mères de notre population).

a) Catégorie socio-professionnelle du chef de famille

Les résultats des différentes populations sont concentrés dans le tableau suivant.

**TABEAU LIX - CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU CHEF DE FAMILLE : POURCENTAGE
DE LA POPULATION ACTIVE.**

	Population Nationale 1968	Notre Série	R.Zazzo	I.N.E.D. Débiles moyens	1965 Débiles profonds
Agriculteurs	11,5	0	1,6	7	9,6
Salariés agricoles	4	0		7,8	7,4
Patrons de l'Industrie et du Commerce	9,6	2	3,5	3,5	5,3
Professions libérales					
Cadres Supérieurs	6,1	10	7,9	3,2	5,7
Cadres moyens	9	13		3,4	6,6
Employés	8,9	11	22,6	9,2	11,6
Ouvriers	46	60	63,5 avec les ca: dres moyens	61,1	47,3
Personnel de service	1,8	4		1,4	1,2
Autres catégories	3,1	0		3,4	5,3
TOTAL	100	100	99,1	100	100

L'examen de ce tableau révèle avec insolence une notion capitale : LA DEBILITE MOYENNE TOUCHE LES MILIEUX LES PLUS DEFAVORISES; contrairement à la débilité profonde qui semble se distribuer équitablement dans tous les milieux et indépendamment du niveau socio-professionnel.

- Classons les catégories socio-professionnelles en deux groupes à peu près homogènes :

- un groupe à revenu moyen et élevé (patrons, professions libérales et cadres supérieurs, cadres moyens, employés, autres catégories)
- et un groupe à revenu faible (agriculteurs, salariés agricoles, ouvriers, personnel de service).

- Comparons les différentes populations dans le tableau suivant :

TABEAU LX- COMPARAISON DES DIFFERENTES POPULATIONS SUIVANT LEUR REVENU : ELEVE OU MOYEN ET FAIBLE

	Population	Notre	I.N.E.D. 1965:	
			Débiles:	Débiles :
	Nationale	Série	moyens	profonds:
	1968			
	%	%	%	%
Revenu élevé et				
moyen	36,7	36	22,7	34,5
Revenu faible ..	63,3	64	77,3	65,5

Nous constatons une certaine équivalence entre notre population et la population Nationale.

En fait, ce n'est qu'un artifice de choix des populations; notre population étant une population strictement urbaine, nous ne retrouvons aucun parent de nos adolescents dans les catégories socio-professionnelles "agriculteurs et salariés agricoles".

Or, nous avons vu que la débilité moyenne se rencontraît avec une nette prépondérance dans les milieux les plus défavorisés dont font précisément partie les deux catégories socio-professionnelles précitées.

La concordance des chiffres, dans les deux populations, apparaît donc être un argument en faveur de la pauvreté socio-économique des familles de débiles moyens.

Les résultats de l'I.N.E.D., au cours d'une enquête Nationale, confirment bien cet état de fait, de même qu'elle permet de constater que la débilité profonde semble toucher de façon équitable toutes les classes socio-professionnelles.

En effet, comme nous l'avons vu au chapitre "Etiologies", la débilité profonde apparaît beaucoup plus comme la conséquence de troubles organiques, héréditaires ou non, que la débilité moyenne et légère.

b) Catégorie socio-professionnelle de la mère de famille

Il est à remarquer, tout d'abord, que la moitié des mères de famille de notre population ne travaille pas contre 34,2 % des femmes mariées de la population Nationale en 1968.

Une enquête de 1964 sur la profession des parents des élèves d'un échantillon de classes de perfectionnement montre que 66,8 % des mères ne travaillent pas.

. M.J. Chombart de Lauwe (1959- (8) trouve un taux de 65,5 %.

Ces données semblent renforcer la notion selon laquelle l'absence maternelle de profession serait une des caractéristiques des milieux sociaux les plus défavorisés.

Le tableau suivant permet de comparer la catégorie socio-professionnelle des mères de familles actives de notre population (50 %) à celle de la population Nationale.

TABLEAU LXI - CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DES FEMMES
ACTIVES : POURCENTAGE DE LA POPULATION
FEMININE ACTIVE.

	Population féminine Nationale :	Notre :
	active : 1968 - %	population :
		%
Agriculteurs	13,1	0
Salariés agricoles	0,9	0
Patrons Industrie et Commerce	9,6	0
Professions libérales et Cadres supér.	2,6	10
Cadres moyens	11,5	4
Employés	25,5	17
Ouvriers	22	14
Personnel de service	13	55
Autres	1,5	0

Nous constatons, de façon éclatante, que lorsqu'elles travaillent, les mères de ces adolescents appartiennent aux catégories socio-professionnelles les plus défavorisées : 38 % d'entre elles sont femmes de ménage (3,2 % dans la population Nationale).

- Classons, dans le tableau suivant, comme précédemment, les catégories socio-professionnelles en deux groupes :

- . l'un à revenu moyen et élevé
- . l'autre à revenu faible.

TABLEAU LXII - COMPARAISON DES POPULATIONS DE FEMMES
ACTIVES SUIVANT LEUR REVENU : ELEVE, MOYEN
ET FAIBLE.

	Population Nationale:		Notre Série :	
	1968	%	%	
Revenu élevé ou moyen	51		31	
Revenu faible	49		69	

Nous notons une différence très significative entre les deux populations, bien que pour les mêmes raisons déjà vues précédemment, les catégories socio-professionnelles "agriculteurs et salariés agricoles" ne soient pas représentées dans notre population, ce qui ne pourrait qu'amplifier les différences observées ici.

c) Regroupement des catégories des deux sexes

Comparons les données de ce regroupement à celles de la population Nationale.

TABLEAU LXIII - CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES DEUX
SEXES : POURCENTAGE DE LA POPULATION ACTIVE.

Catégories socio- professionnelles 2 sexes	Population Natio- nale 1968		Notre Série	
	%	%	%	
Agriculteurs	12		0	
Salariés agricoles	2,9		0	
Patrons de l'Industrie et du Commerce	9,6		1,2	
Professions libérales et Cadres supérieurs	4,8		10	
Cadres moyens	9,9		10	
Employés	14,8		13,6	
Ouvriers	37,7		43,2	
Personnel de service	5,7		22	
Autres	2,6		0	

Les différences après regroupement sont moins évidentes en ce qui concerne la catégorie des Ouvriers, beaucoup plus en ce qui concerne celle du Personnel de Service et des Patrons de l'Industrie et du Commerce.

- Classons à nouveau dans un tableau les catégories socio-professionnelles en deux groupes :

. l'un à revenu élevé et moyen

. l'autre à revenu faible.

TABLEAU LXIV - COMPARAISON DES POPULATIONS DES DEUX SEXES
SUIVANT LEUR REVENU : POURCENTAGE DES
PERSONNES ACTIVES.

:	:Population Natio-:		: Notre :	
	:nale 1968 :	% :	Série :	%:
: - - - - -	:	:	:	:
: Revenu élevé et moyen	: 41,7	:	: 34,8	:
: Revenu faible	: 58,3	:	: 65,2	:

Une nette différence apparaît entre les deux populations et ce, là encore, malgré l'absence dans notre population des catégories socio-professionnelles défavorisées que sont les "agriculteurs et les salariés agricoles".

EN CONCLUSION : On peut énoncer que la débilité mentale moyenne touche avec prédilection les classes les plus défavorisées du point de vue socio-professionnel.

- R. Zazzo (1969- (50) constate les fait suivants :

- "le niveau moyen d'intelligence s'élève avec le statut socio-économique (ce qui implique que la majorité des débilés se recrute dans les milieux les plus défavorisés de la population".
- "quel que soit le statut socio-économique considéré on y trouve tous les degrés d'intelligence : seule la proportion en varie : on trouve davantage de quotient intellectuel supérieur dans les hauts statuts, et davantage de quotient intellectuel inférieur dans les bas statuts."
- "dans la première année de la vie, il n'existe pas de liaison entre statut social et niveau intellectuel (pour autant que les instruments existants en permettent l'évaluation) ".

La débilité moyenne est-elle une affaire de classe ?

. M.J. Chombart de Lauwe (1959- (8) répond à cette question effrayante : "le pourcentage de débiles dans une catégorie la caractérise presque autant que son revenu et son niveau de surpeuplement".

En fait, et comme le remarque justement R.Zazzo "le niveau professionnel ne suffit pas à caractériser le niveau social. Il faudrait tenir compte aussi des niveaux culturels et économiques".

Les catégories socio-professionnelles ne sont en effet, le plus souvent, que le reflet des catégories socio-culturelles, et c'est par "leur manque d'instruction et de culture que les parents de débiles exercent fréquemment des métiers ne requérant que très peu, ou pas, de qualification professionnelle".

Nous verrons plus loin qu'à cette notion fondamentale de milieux défavorisés, du point de vue socio-culturel et économique, se rattachent beaucoup d'autres caractéristiques des débiles moyens qui n'en sont, en sorte, que de pures conséquences.

4 - Pathologie organique notable des parents

La pathologie des familles de débiles est, d'après Cordier (1963- (9), toujours particulièrement lourde : selon lui, les affectations générales telles que tuberculose et cancer, de même que les troubles névropathiques y sont beaucoup plus répandus que dans les familles "normales" et que dans celles où la débilité reste exceptionnelle.

Dans notre population, nous retrouvons 14,7 % des adolescents, dont 1'un des parents a eu une tuberculose pulmonaire ou rénale.

Quant aux causes de décès des parents des adolescents orphelins de père et/ou de mère de notre population : cancer, cirrhose et morts accidentelles constituent 71 % des causes connues.

B - Les Grands-Parents

Nous ne reviendrons pas sur la difficulté d'obtenir des renseignements objectifs sur les données intéressantes des grands-parents de nos adolescents.

Cependant, nous verrons qu'il semble se dégager après cette étude, une certaine impression d'ensemble qui nous paraît intéressante.

1) Structure familiale des grands-parents

La lecture des 61 dossiers laisse l'impression subjective que la majorité des parents des adolescents étudiés ont eu une enfance misérable et malheureuse durant laquelle dominait la mésentente parentale et la pauvreté socio-économique et culturelle du milieu, en majorité constitué de familles nombreuses à habitat surpeuplé.

2) Ethylisme - psychopathie - débilité

a) Ethylisme

- 42,6 % des adolescents de notre population semblent avoir eu au moins un de leurs grands-parents éthylique de façon manifeste et reconnue.

Ce chiffre sous-estime très probablement la réalité.

- 8,2 % auraient eu deux de leurs grands parents éthyliques.

b) Psychopathie

- 6,5 % des adolescents étudiés ont eu un de leurs grands-parents interné. Ce chiffre ne permet pas de préjuger du taux de grands-parents psychopathes.

. R.Zazzo (1969- (50) l'estime à 4,1 % dans sa population avec les mêmes réserves formulées au sujet de notre série.

c) Débilité des grands-parents

Elle n'a pu être estimée dans aucune des populations étudiées, faute de n'être pas rentré en contact direct avec les intéressés.

3) Nombre d'enfants des grands-parents des adolescents

Le chiffre moyen trouvé dans notre population est de 4 enfants par famille, ce qui est presque le double de celui de la population Nationale (2,29 enfants par famille) : les parents de nos adolescents appartenaient donc à des familles nombreuses.

EN CONCLUSION : De ce chapitre, qui manque certes de précision, une impression générale se dégage, à savoir que les caractéristiques de l'enfance des parents des adolescents étudiés ressemblent étrangement à celles de l'enfance de ces mêmes adolescents.

En d'autres termes, les parents de ces adolescents semblent avoir vécu et connu des difficultés identiques, durant leur enfance, à celles que ces mêmes adolescents vivent et connaissent durant la leur : père ou mère décédé en bas âge, éthylisme de l'un des deux parents, mésentente parentale, pauvreté socio-culturelle et économique - psychopathie familiale, surpeuplement de l'habitat.

Cruelle hérédité ou cruel héritage, ou les deux à la fois ?

C - La Fratrie

1) Son importance numérique

Notre étude montre que les adolescents étudiés appartiennent à des familles nombreuses puisque le nombre moyen d'enfants par famille : 4 est quasi le double de celui de la population Nationale : 2,29.

Notons que les chiffres de notre population représentent l'état des familles en 1974, mais certaines continuent à procréer.

Des comparaisons avec d'autres populations figurent dans le tableau suivant :

TABLEAU LXV - COMPARAISON DU NOMBRE D'ENFANTS PAR FAMILLE
DANS LES DIVERSES POPULATIONS DE REFERENCE

: Nombre d'en- fants par famille	: Population Nationale %	: Notre Série %	: R.Zazzo %	: C.E.S.A.P. Débiles pro- fonds %
: 1	: 35	: 9	: 13,7	: 21,5
: 2	: 26	: 16	: 20,3	: 26,9
: 3	: 15,5	: 25	: 23,7	: 19
: 4	: 8,5	: 14	: 13,7	: 13,4
: 5	: 5	: 16	: 10,1	: ?
: 6	: 3,1	: 9	: 6,4	: ?
: 7	: 1,8	: 3,5	: 11,4	: ?
: 8	: 1,2	: 2	: -	: ?
: 9	: 0,8	: 3,5	: -	: -
: 10 et +	: 3,3	: 2	: :	: :

Le fait, pour ces adolescents d'appartenir à des familles nombreuses est en relation étroite avec celui d'être issus de milieux socio-économiques défavorisés.

Ainsi, dans notre population : 64 % des familles ont de 3 à 6 enfants, contre 53,9 % dans la population de R.Zazzo et 32,1 % dans la population Nationale.

D'après l'étude de J. Péchoux (1958- (38) sur les conscrits de l'Ile de France "la moyenne arithmétique du nombre des enfants par famille, chez les débiles d'un habitat défini, est le double de celle établie par les statistiques démographiques pour l'ensemble des familles de la même origine".

- Dans leur population rurale, le nombre moyen d'enfants par famille est de 6,1 pour les débiles et de 2,8 pour les "normaux".

- Dans leur population urbaine, le nombre moyen d'enfants par famille est de 5,3 pour les débiles et de 2,2 pour les "normaux".

- Ils constatent, en outre, "qu'à une progression arithmétique du nombre d'enfants dans les familles, correspond une progression géométrique des risques de débilité encourus par les sujets".

- D'autre part, plus la dimension de la famille croît, plus les résultats moyens aux séries d'intelligence s'abaissent, ce qui fait dire à R. Zazzo que "la probabilité de trouver plus de débiles dans les familles nombreuses que dans les autres, est hautement vraisemblable".

- Une enquête française (I.N.E.D. 1944- (16) constate que 3 facteurs (résidence - profession du père - dimension de la famille) exercent à tous les âges et quel que soit le sexe, une influence sur le niveau intellectuel.

2 - Rang de Naissance

Le tableau suivant rend compte du rang de naissance des adolescents étudiés, comparé à celui d'autres populations et notamment au rang de naissance de l'ensemble des enfants des familles nombreuses.

TABLEAU LXVI - RANG DE NAISSANCE DES ADOLESCENTS DES DIVERSES POPULATIONS : POURCENTAGE

: Rang de Naissance	: Pourcentage	: Notre	: R. Zazzo	:
: :	: National 1967:	Série:	%:	:
: - - - - -	: - - - - -	: - - - - -	: - - - - -	: - - - - -
: 1er enfant	: 38	: 23	: 35,5	: :
: 2ème "	: 28	: 21,3	: 27,8	: :
: 3ème "	: 15	: 24,6	: 15,5	: :
: 4ème "	: 7,9	: 11,6	: 9,3	: :
: 5ème "	: 4,4	: 6,5	: 3,3	: :
: 6ème "	: 2,6	: 6,5	: 2,7	: :
: 7ème "	: 1,5	: 5	: 5,1	: :
: 8ème "	: 1	: 1,5	:	: :
: 9ème "	: 0,65	:	:	: :
: 10ème "	: 0,95	:	:	: :
: 11ème "	: 0,95	:	:	: :
: :	: :	: :	:	: :

Alors que les population de R.Zazzo et la population Nationale sont sensiblement équivalentes, notre population paraît s'en différencier par deux faits étroitement liés.

- d'une part, le moindre nombre de "premiers nés" dans notre série
- d'autre part, le plus grand nombre d'enfants nés dans les derniers rangs.

Cette notion est consignée dans le tableau suivant.

TABLEAU LXVII - RANG DE NAISSANCE DES ADOLESCENTS : COMPARAISON DANS LES DIFFÉRENTES POPULATIONS

Rang de naissance	Population Nationale 1967 - %	Notre Série: %	R.Zazzo %
1er au 3 ^e rang	81	68,9	78,8
4 ^e au 11 ^e rang	19,9	31,1	20,4

Notons, là encore, que certaines familles continuent à procréer.

Considérons maintenant le pourcentage d'enfants uniques dans les différentes populations.

TABLEAU LXVIII - POURCENTAGE D'ENFANTS UNIQUES

	% Enfants uniques
Population Nationale	35
Notre Série	8
R. Zazzo	13,7
C.E.S.A.P. (débiles profonds)	21,5

- Le faible pourcentage de ces enfants uniques est peut-être une des caractéristiques des fratries de débilés moyens (d'autant que ce pourcentage s'élève à 42 % dans les familles citadines).

- Par contre, dans 37,7 % des cas de notre population, l'adolescent est le dernier-né de fratrie multiple.

- Si on ajoute le pourcentage des enfants uniques (8 %), nous constatons que près de la moitié des parents : 45,7 % n'ont plus procréé après leur venue.

Y-a-t-il un rapport entre intelligence et rang de naissance ?

L'enquête française de 1944 (I.N.E.D.: (16) portant sur 1.244 fratries entières de deux enfants, les cadets ayant au moins 6 ans et les effets de l'âge ayant été éliminés par des traitements statistiques divers, conclut : "Aussi bien dans le groupe rural que dans le groupe urbain, les performances apparaissent meilleures dans les fratries comportant une grande différence d'âge entre le cadet et l'aîné, que dans celles qui en comportent une faible.... Dans le groupe des enfants ruraux, aucune différence sensible n'est apparue entre les performances moyennes des cadets et des aînés.."

"Par contre, dans le groupe des enfants urbains, le rang de naissance exerce une influence dans les fratries comportant deux enfants du même sexe" (dans lesquelles les cadets se montrent supérieurs aux aînés).

- R.Zazzo note "que les familles d'enfant unique sont 10 fois moins nombreuses chez les débiles que chez les "normaux", alors que les familles de cinq enfants et plus sont quatre à huit fois plus nombreuses chez les débiles que chez les "normaux", selon qu'il s'agit de ruraux ou de citadins ".

En fait, le rang de naissance ne pourrait jouer un rôle que si l'on considérait que dans ces milieux, le plus souvent défavorisés sur le plan culturel, professionnel et économique, l'ambiance éducative, a priori peu favorable, se dégraderait et s'appauvrirait au fur et à mesure de la prolifération du foyer, ce qui reste à démontrer

3 - Composition de la fratrie

a) Pathologie organique de la fratrie

Ce chapitre permet de mieux apprécier le lourd passé pathologique de ces "familles de débiles", que la maladie et les décès paraissent particulièrement affecter.

. Sur les 56 familles de notre population :

- 8 ont perdu 1 enfant	.....	14,3 %
- 2 ont perdu 2 enfants	.....	3,6 %
- 1 a perdu 3 enfants	.....	1,8 %
		19,7 %

- . une même famille a :
 - 3 enfants phénylcétonuriques
 - 1 enfant qui a un syndrome néphrotique
 - 1 enfant qui a une cardiopathie sévère.
- . une autre famille a :
 - 1 enfant qui a eu une méningite avec convulsions
 - 1 enfant qui a eu une primo-infection tuberculeuse.

b) Notion de débilité familiale

- 28,6 % des familles étudiées ont plusieurs enfants déficients mentaux.

Notre étude a montré qu'il s'agissait de familles particulièrement nombreuses, puisque le nombre moyen d'enfants de ces familles est de 6, alors qu'il est de 4 dans l'ensemble des familles étudiées, et de 2,29 dans la population Nationale.

La fréquence de la débilité dans ces familles est particulièrement manifeste puisque plus d'un enfant sur deux apparaît affecté (69 %).

L'insuffisance mentale des parents et collatéraux de débiles semblerait en effet extrêmement fréquente :

- . D'après Akesson (1961- (1) 53 % des frères et soeurs de débiles d'étiologie inconnue se situeraient dans les zones de subnormalité et de déficience intellectuelle. S'il exclut la catégorie "subnormalité intellectuelle", il trouve que 20 % des frères et soeurs des débiles de sa population sont eux-mêmes débiles à des degrés divers.

- . Brugger (1930- (7) et Péchoux (1961- (38) trouvent que 26,4 % des ascendants ou collatéraux de leurs débiles ruraux sont oligophrènes ou illettrés.

On admet généralement que le pourcentage de déficients intellectuels parmi les parents et collatéraux des arriétés profonds est moins important que parmi les parents et collatéraux de débiles moyens et légers :

- . Halperin (1945- (22) et Book (1953- (22) Hallgreen et Sjogren (1959- (21)).

Ceci s'expliquerait au travers des étiologies différentes de ces deux sortes de déficience mentale.

- . R.Zazzo note que "la débilité d'un ou plusieurs membres de la famille s'observe surtout dans les cas de débiles appartenant aux classes sociales inférieures".

La pathogénie de ces "familles de débiles" semble donc particulièrement lourde, et il s'agirait selon Cordier "d'une certaine catégorie de familles cumulant déjà les handicaps d'ordre socio-économique et culturel, intellectuel et dans lesquelles la débilité est très fréquente".

SON MILIEU DE VIE - L'HABITAT PENDANT SON SEJOUR A
L'EXTERNAT

A - Lieu d'habitation

Notre étude montre que la quasi totalité des adolescents (93 %) habitent chez leurs parents.

Parmi les 4 adolescents qui logent dans un foyer :

. prédélinquant, instable	....	1
. prédélinquant, caractériel	....	1
. instable	....	1
. carence familiale, instabilité		1

B - Nature de l'habitation et stabilité d'habitat

La majorité des adolescents (80,4 %) dont la nature de l'habitation est connue (83,6 %) habite :

- . soit un H.L.M.
- . soit un appartement "ordinaire".

- 83,6 % des familles ont toujours logé dans le même habitat. Cette stabilité peut témoigner de la difficulté de ces familles pour trouver un nouvel habitat plus salubre, ou pour pouvoir financer les frais inhérents à un tel changement.

- R.Zazzo, dans sa population, donne les résultats suivants :

		: - % - :	
- A sa chambre	.....	: 19,7 :	:
- A son lit	.....	: 74,6 :	:
- Logement bon	.....	: 32,6 :	:
- Logement moyen	.....	: 43,8 :	:
- Logement mauvais	....	: 19,9 :	:

Nous allons pouvoir nous rendre compte plus objectivement de la qualité de l'habitat, en ce qui concerne notamment sa grandeur, dans les paragraphes qui vont suivre.

C - Nombre de personnes par ménage

Le ménage est constitué par l'ensemble des personnes vivant dans le même logement.

Comparons nos données à celles de la population Nationale (1972).

D - Nombre de personnes par pièce

Notre population comporte un nombre moyen de 1,8 personnes par pièce, contre 0,93 dans la population Nationale, et 1 personne par pièce dans l'agglomération parisienne, comme l'indique le tableau ci-dessous :

TABLEAU LXXI - NOMBRE MOYEN DE PERSONNES PAR PIECE

:	:	:	Population Nationale :
:	:Notre :	:	1972 :
:	:Série :	:	France : agglomération :
:	:	:	entière : parisienne :
: - - - - - : - - - - - : - - - - - :			
: Nombre moyen de person-	:	:	:
: nes par pièce :	1,8 :	0,93 :	1 :
:	:	:	:

Le surpeuplement des habitats des familles de notre population est un nouvel élément important qui les caractérise.

Au terme d'une partie de cet exposé et en regroupant les différents facteurs du "Milieu", nous notons que de la majorité des adolescents étudiés se dégagent certaines caractéristiques qui leur sont peut-être spécifiques et dont beaucoup d'entre elles sont la conséquence l'une de l'autre :

- l'une des plus importantes est qu'ils sont issus de milieux socio-culturels de bas niveau, donc de statut socio-professionnel et économique peu élevé.
- Ils appartiennent à des familles nombreuses
- à habitat surpeuplé
- à structure familiale le plus souvent perturbée.

Les familles de ces adolescents apparaissent accumuler des handicaps qui leur confèrent une certaine similitude d'ensemble, que nous caricaturerons volontairement ainsi : ce sont des adolescents dont la déficience mentale peut être attribuée :

- pour une minorité d'entre eux à des facteurs génétiques spécifiques (aberrations chromosomiques etc..)
- pour la majorité d'entre eux :
 - soit à des facteurs exogènes pré, péri ou postnataux
 - soit surtout à des facteurs du "Milieu", génétiques - non spécifiques (débilité familiale) ou autres : adolescents appartenant à des familles nombreuses, à habitat surpeuplé, et enfance dramatique avec séparations multiples et longues du milieu parental; éthylisme, psychopathie, décès, mésentente, pauvreté

socio-culturelle, professionnelle, économique du milieu parental et de ses aïeux, dont la fratrie partage sensiblement les mêmes caractéristiques.

- AU TOTAL : une "indigence généralisée", comme le disent R.Zazzo et Coll (1969- (50) "ce qui signifie pour l'enfant : retard, difficulté - quand ce n'est pas impossibilité - à édifier, au moment opportun, l'ensemble de ses échanges avec le monde extérieur."

Le milieu "défavorisant" voire "débilitant" a agi dès la première enfance, de façon parfois irréversible, ce qui explique que "l'entrée à l'école" - dont on peut penser qu'elle constitue en quelque sorte une promesse d'égalisation des chances - ne provoque pas les effets qu'on aurait pu en espérer. En outre, l'indigence matérielle et culturelle entraîne très souvent celle des motivations, des initiatives, des perspectives mêmes. Si bien que l'influence stimulante du milieu scolaire peut se trouver gravement battue en brèche par l'inertie, l'indifférence, voire l'opposition du milieu familial, incapable de comprendre ou de saisir les chances éventuellement offertes à l'enfant et, par conséquent, de l'aider ou de le soutenir". (R.Zazzo et Coll).

III - L'ADOLESCENT A L'EXTERNAT

A - Age d'entrée, de sortie - durée de séjour

1) Age d'entrée - de sortie

- La moyenne d'âge d'entrée et de sortie des adolescents étudiés est respectivement de 15,8 et 18,3 ans.
- 4 adolescents sont sortis à 22 ans, dépassant ainsi l'âge limite de sortie prévu par le règlement de l'Etablissement.
- La plupart (73,8 %) proviennent :
 - . soit d'un Externat Médico Pédagogique (E.M.P): 57,4%
 - . soit d'un Internat Médico Pédagogique (I.M.P): 16,4%

2) Durée de séjour

- La durée moyenne de séjour des adolescents est de 29,2 mois. Cependant, certains sont restés plus de cinq ans dans l'Etablissement.

B - Ateliers Pédagogiques

- 73,8 % des adolescents étudiés sont sensés posséder les capacités suffisantes pour pouvoir se repérer d'eux-mêmes dans la vie courante (lecture d'un plan de ville - métro - autobus etc..).

- 8,2 % n'ont pas les connaissances scolaires suffisantes à cet effet, mais ils bénéficient d'une intelligence pratique qui leur permet de compenser leurs lacunes et qui les fait donc se rattacher au groupe précédent.

- les 18 % restants doivent le plus souvent être accompagnés pour un trajet nouveau qu'ils empruntent pour la première fois, et ce n'est qu'après avoir pris conscience de ses principaux points de repère qu'ils peuvent le faire, seul, de façon répétitive.

C - Ateliers professionnels

1) Choix de l'atelier

Dans une vue d'ensemble, nous notons qu'une grande partie des adolescents ont fait plusieurs ateliers :

- les filles se partagent entre l'enseignement ménager, le cartonnage et le conditionnement
- les garçons, entre les ateliers de maçonnerie, menuiserie, soudure, petit bricolage, entretien, travail collectif et les ateliers d'horticulture et de cartonnage-conditionnement.

Ces deux derniers ateliers, avec ceux de nettoyage, petit bricolage et travail collectif, requièrent le moins de capacités.

- Ainsi, 7 adolescents n'ont fait que l'atelier cartonnage-conditionnement : 11,5 %.

15 adolescents n'ont fait que des travaux de petit bricolage - nettoyage - entretien - travail collectif : 24,6 %.

L'association de ces deux groupes porte à 36,1 % des adolescents n'ayant pu faire que des travaux très simples.

NOTONS enfin qu'un garçon a choisi l'atelier enseignement ménager : cuisine.

2) Travail effectué

a) Enseignement ménager : 78 % des filles

- Couture : on note le faible pourcentage de filles (20 %) capables de réaliser des vêtements simples avec l'aide de l'adulte.
- Cuisine : 81 % des adolescents ayant choisi la cuisine sont capables de réaliser au moins un plat simple.
 - 28,6 % peuvent réaliser un repas simple, ce qui sous-entend une certaine coordination et organisation temporelle assez difficile à acquérir.
 - 19 % enfin ne peuvent faire que des travaux simples de préparation et de vaisselle.

- Repassage : Nous avons déjà tenté d'expliquer, dans la première partie, le faible pourcentage d'adolescentes concernées par cette activité.
- Entretien maison :
 - . 10 % seulement des adolescentes de cet atelier sont capables de tenir une maison et d'organiser, seule, leur travail
 - . 35 % ont besoin d'être commandées pour accomplir une tâche, même simple, et se trouvent donc dépourvues de toute initiative.
 - . 55 % ne peuvent accomplir cette tâche simple qu'avec l'aide de l'adulte.
- Entretien des textiles :
 - . 16 % seulement des adolescentes de cet atelier sont capables d'entretenir leurs propres vêtements.

AU TOTAL, si dans chaque sous-groupe de l'atelier Enseignement ménager (couture, cuisine, repassage, entretien maison, entretien textiles) on attribue à chaque adolescent une note de 1 à 3, en fonction de leurs capacités croissantes énoncées précédemment, dans ces 5 activités offertes, on obtient le tableau ci-dessous :

TABEAU LXXII - CAPACITES DE CHAQUE ADOLESCENT DANS LES CINQ ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT MENAGER

	Couture			Repassage			Entretien :			Entretien :			Cuisine :		
	1 : 2 : 3			1 : 2 : 3			Maison : 1 : 2 : 3			textiles : 1 : 2 : 3			1 : 2 : 3		
1	x						x			x			x		
2	x			x			x			x			x		
3	x						x			x			x		
4	x												x		
5	x						x			x				x	
6	x						x			x				x	
7	x						x			x				x	
8		x						x			x				x
9		x			x		x			x					x
10		x						x			x				x
11		x					x				x				x
12		x						x			x				x
13		x					x				x				x
14		x						x				x			x
15		x						x			x				x
16		x						x			x				x
17			x					x				x			x
18			x						x		x				x
19			x						x		x				x
20				x					x						x
21									x				x		

Ainsi et grossièrement :

- Les moins doués en couture apparaissent les moins doués en entretien maison et textiles, et moyens en cuisine
- Les "moyens" en couture apparaissent moyens en entretien maison et textiles et tantôt moyens, tantôt bons en cuisine.
- Les meilleurs en couture se répartissent de façon égale dans les différentes catégories des autres activités.

On note donc un certain parallélisme entre les performances réalisées dans chaque discipline, la cuisine paraissant nécessiter des capacités moindres que les autres activités.

b) Atelier Nettoyage - entretien - travail collectif - petit bricolage

Ils ont intéressé 24 adolescents différents (70,6% des garçons) dont la plupart (83 %) ont exercé plusieurs activités à l'intérieur de ces mêmes ateliers, et dont 37,5 % d'entre eux ont pu accéder à des travaux plus complexes (menuiserie, maçonnerie etc..).

c) Les ateliers de petite menuiserie - soudure - menuiserie maçonnerie, requérant des capacités plus importantes, ont occupé 12 adolescents différents, soit 35,3% des garçons.

Une nette majorité d'entre eux a fait de la maçonnerie et/ou de la menuiserie (83 %).

d) Horticulture : 2 adolescents seulement sont allés à cet atelier. Ce chiffre est probablement inférieur à la réalité.

EN CONCLUSION :

- 36,1 % des adolescents et adolescentes étudiés, n'ont fait que des travaux simples (cartonnage-conditionnement, petit bricolage, nettoyage, travail collectif, entretien).

- 8,2 % ont été jugés autonomes, c'est-à-dire capables de prendre un travail et de le livrer sans intervention de l'adulte (trois filles et deux garçons).

- 32,4 % des garçons ont travaillé sur des machines.

3) Progrès réalisés

Nous avons vu, dans la première partie, que ceux qui avaient les travaux les plus simples étaient, dans l'ensemble, ceux qui avaient fait le moins de progrès et que ceux qui avaient progressé le plus étaient ceux qui avaient les travaux les plus compliqués.

Ceci se conçoit aisément si l'on considère que ceux qui font les travaux les plus simples sont, *a priori*, ceux qui ont le moins de possibilités et de capacités. Ce sont donc ceux dont les chances d'accéder à une activité plus complexe requérant plus de qualités (réflexion, jugement, initiative) paraissent les plus réduites.

Et pourtant, en pratique, il ne faut tenir aucun compte de ces *a priori*s et donner à l'adolescent ses chances de pouvoir mieux faire, en commençant par lui faire prendre conscience progressivement de ses propres possibilités, qu'il sous-estime ou ignore souvent, et dont il est le premier surpris.

Ces adolescents portent en effet en eux ce lourd fardeau des échecs vécus, auxquels ils ont fini par presque s'habituer, échecs qui les ont fait regrouper dans des Institutions spécialisées pour "anormaux" et dont ils ont du mal, le plus souvent, à se détacher par la crainte même d'entrer dans le monde de ceux qui les rejettent, faute de s'être demandé un jour : pourquoi ?

Aussi, l'équipe médico-pédagogique qui se consacre à ces adolescents doit-elle être foncièrement optimiste, enthousiaste pour chacun d'entre eux, quel que soit le pronostic apparent porté. Il faut croire aveuglément aux possibilités de chacun, pour que l'immense joie que procurent les rares réussites des cas, *a priori* désespérés, récompense les énormes efforts et compense les nombreuses déceptions engendrées obligatoirement par une attitude aussi systématique.

Une équipe médico-pédagogique doit, à tout moment, se remettre en question, condition sine qua non sans laquelle le risque de sombrer dans une douce et stérile habitude devient réalité à plus ou moins brève échéance.

Ces adolescents ne correspondent pas à nos critères de réussite : la rentabilité, élément moteur qui domine la vie de tous les jours, le rendement qui en est le corollaire, la spécialisation de plus en plus poussée sont-ils des motifs valables d'exclusion et ne viendront-ils pas exclure chaque jour un peu plus d'entre nous : "les normaux" d'aujourd'hui.

Pour dire que tout est question de critères et que les frontières sont parfois floues entre débilités normale et pathologique

4) Absentéisme

L'influence néfaste du milieu familial figure au premier rang des causes d'absentéisme.

D - Etude clinique

1) Poids - Taille - Périmètre crânien (P.C.)

Les caractéristiques morphologiques de notre population laissent apparaître un certain profil général :

- . Il s'agit beaucoup plus d'adolescents de petite taille que de petit poids
- . Leur périmètre crânien est, pour environ un cinquième d'entre eux, inférieur de plus de deux écarts-types à la moyenne Nationale pour chaque âge considéré.

2) Facteurs de surcharge

Ils viennent toujours aggraver le pronostic de la déficience mentale, parfois ils la relèguent au second plan.

- Quatre troubles nous ont paru primordiaux quant à leur influence sur les possibilités d'insertion de l'adolescent et l'espoir d'une complète autonomie :

- la comitialité
- les troubles neurologiques
- les troubles sensoriels
- les troubles du comportement.

- La comitialité :

Elle affecte 8 adolescents (13,1 %) de notre population.

L'âge de son apparition a été, pour chacun d'entre eux :

- . 6, 8, 10 et 20 mois
- . 4, 7, 10 et 11 ans.

- 5 sont des comitialités essentielles et équilibrées actuellement
- 1 est une comitialité secondaire à une encéphalite et a entraîné une hémisphérectomie droite, donc équilibrée actuellement.
- 2 sont des comitialités non équilibrées :
 - . l'une secondaire à une encéphalite
 - . l'autre constitutionnelle d'étiologie inconnue : encéphalopathie convulsivante chronique.

Le type des crises n'a pu être précisé, faute de renseignements, pour la majorité de ces comitiaux.

La fréquence des crises a particulièrement handicapé deux adolescents qui faisaient des crises subintrantes et qui n'ont d'ailleurs pu être placés à la sortie de l'Etablissement.

Notons que seulement deux des huit comitiaux ont un quotient intellectuel inférieur à 50 : il s'agit des comitalités secondaires, l'une à une encéphalite, l'autre à une thrombose centrale.

. Un des huit comitiaux a un quotient intellectuel supérieur à 70.

La comitialité ne paraît pas, en elle-même, être la cause de la déficience mentale; elle constitue cependant un facteur aggravant indéniable.

Un profil psychopathologique de l'épileptique a tenté d'être ébauché en ce sens que la crise "interrompant le cours même de l'activité du sujet et pouvant se reproduire de façon plus ou moins prévisible, va déterminer chez l'enfant, au cours de son développement intellectuel, moteur et affectif, un mode de relations particulier avec sa famille, le monde des objets et l'environnement social. La structuration de la personnalité va forcément s'organiser autour et en fonction de la maladie épileptique et déterminer une certaine manière d'être de l'individu" (J. de Ajuriaguerra 1974- (24).

S. Freud considérait "la réaction épileptique comme au service de la névrose dont le propre est de se débarrasser de façon somatique des complexes d'excitation dont elle ne parvient pas à se libérer autrement".

L'influence des émotions sur le déclenchement des crises a été reconnue.

Quant à l'efficacité intellectuelle des enfants épileptiques, D. Freudenberg (1958) dans une étude portant sur 380 enfants, trouve un Q.I. normal ou au-dessus de la norme dans 57,5 % des cas. Dans 17 % des cas, le Q.I. est au-dessous de 70.

Il y aurait une plus forte proportion de baisse de niveau dans les épilepsies symptomatiques que dans les épilepsies essentielles; ce que nous constatons dans notre population. D'autre part, plus l'enfant est jeune au moment de la lésion, plus forte est la réduction du Q.I; plus l'enfant est jeune au moment de la première crise, plus le Q.I. est réduit.

"Les épileptiques souffrent de troubles de type réactionnel en rapport avec le mode de relations parentales et avec l'attitude d'une société qui lui est hostile, qui le craint et le rejette" (J. Ajuriaguerra - 1974 - (24).

L'épilepsie non équilibrée pose un problème majeur quasiment irrésolu actuellement, en ce qui concerne la mise au travail, et il est difficile de changer l'attitude des employeurs vis-à-vis des épileptiques.

Dans notre population :

- 2 adolescents n'ont pas été placés à la sortie de l'Externat : comitialités non équilibrées
- 1 adolescent a été placé en Atelier Protégé : comitialité disparue après hémisphérectomie
- les 5 autres ont été placés : comitialité équilibrée depuis longtemps.

Il apparaît donc une relation étroite entre comitialité non équilibrée et espoir d'insertion professionnelle.

- Les Troubles neurologiques :

Ils gênent dans la vie courante 4 de nos adolescents : 6,6 % , qui ont tous des antécédents pathologiques organiques :

- encéphalite	2
- thrombose centrale	1
- encéphalopathie convulsivante constitutionnelle	1

o Pour deux d'entre eux se surajoutent des comitialités non équilibrées.

o Pour l'un d'entre eux, une hémisphérectomie a été pratiquée en raison de la trop grande fréquence de ses crises comitiales.

o Deux ont des Q.I. inférieurs à 50 ; les deux autres ont respectivement des Q.I. de 56 et 60.

Ces 4 adolescents sont 4 échecs de placement :

- 3 n'ont pas été placés à la sortie de l'Etablissement
- 1 a été placé en Atelier Protégé.

- Les Troubles sensoriels :

Ils ne sont jamais majeurs chez nos adolescents et ne gênent en aucun cas leur vie de tous les jours.

Notons simplement l'importance du pourcentage d'amblyopies et de strabisme : 23 % des adolescents.

- Les Troubles du comportement :

Leur importance est capitale, et leur existence ou non conditionne beaucoup plus, chez nos adolescents, leurs possibilités d'insertion professionnelle que le niveau même de leur quotient intellectuel.

- 21 soit 34,4 % des adolescents de notre population présente des troubles du comportement à des degrés divers : Instabilité - Troubles du caractère - Prédélinquance - Psychose - Névrose.

Certains (5, soit 24 % d'entre eux) associent deux troubles qui se complètent souvent l'un l'autre : caractériel-prédélinquant; caractériel-instable; instable-prédélinquant.

Parmi ces 21 adolescents :

- 4 ont un Q.I. inférieur à 50, dont deux sont des Mongoliens (on note au passage la relative fréquence des Troubles du caractère dans les Trisomies 21, retrouvée par de nombreux auteurs), 1 est psychotique
- 7 ont un Q.I. supérieur à 70.
- 10 ont un Q.I. compris entre 50 et 70.

P. Debray admet, dans le déterminisme de ces troubles, la responsabilité de 3 facteurs essentiels :

- l'élément constitutionnel (génétique, mais aussi métabolique)
- l'élément non psychogène des agressions cérébrales (atteinte des formations réticulées, du tronc cérébral, de l'hypothalamus etc..)
- l'élément acquis psychogène (l'absence d'intégration familiale et sociale et la non satisfaction des besoins affectifs du déficient mental sont souvent responsables de l'évolution psychotique).

Quand on considère la relation Troubles du comportement - Insertion professionnelle, on constate que :

- parmi les 7 adolescents psychotiques :

• A la sortie de l'Etablissement :

• n'ont pas été placés	2
• a été placé en Atelier Protégé ...	1
• dans une Institution Thérapeutique	1
se sont insérés dans le monde du travail	3

• A la date de l'enquête (décembre 1974) :

• on ne sait pas ce qu'ils sont devenus	2
• travaillent	3
• en Centre d'Aide par le Travail ...	1
• en Institution Thérapeutique	1

- Parmi les six adolescents caractériels :

- . A la sortie de l'Etablissement :
 - . placés 3
 - . non placés 1
 - . Atelier Protégé 2
- . A la date de l'enquête (décembre 1974)
 - . on ne sait pas 2
 - . Externat Médico Professionnel 1
 - . Atelier Protégé 1
 - . Retour au pays natal 1
 - . Reste dans la famille, ne travaille pas 1

- Parmi les 9 adolescents instables :

- . A la sortie de l'Etablissement :
 - . placés 8
 - . placé en Externat Médico-Pro-
fessionnel 1
- . A la date de l'enquête :
 - . on ne sait pas 3
 - . travaillent 3
 - . chômage 1
 - . Externat Médico Professionnel 1
 - . marié, ne travaille pas 1

- Parmi les 4 prédélinquants :

- . A la sortie de l'Externat :
 - . non placé 1
 - . retour au pays natal 1
 - . travaillent 2
- . A la date de l'enquête :
 - . on ne sait pas 1
 - . chômage 1
 - . travaille 1
 - . retour au pays natal 1

- Parmi les deux névrotiques :

- . A la sortie de l'Etablissement :
 - . placé 1
 - . non placé 1
- . A la date de l'enquête :
 - . placé 1
 - . non placé 1

Résumons, dans le tableau suivant, les données précédentes.

TABLEAU LXVIII - DEVENIR PROFESSIONNEL DES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DE COMPORTEMENT

	Sortie de l'Etablissement										Décembre 1974									
	Psycho- tiques	Carac- tériels	Ins- tables	Prédé- linquants	Névro- tiques	Psycho- tiques	Carac- tériels	Ins- tables	Prédé- linquants	Névro- tiques	Psycho- tiques	Carac- tériels	Ins- tables	Prédé- linquants	Névro- tiques	Psycho- tiques	Carac- tériels	Ins- tables	Prédé- linquants	Névro- tiques
Insertion profession- nelle	3	3	8	2	1	3	3	3	1	1	3	3	3	1	1	3	3	3	4	2
Non placés	2	1		1	1							1	1							
Atelier Protégé	1	2										1	1							
Centre d'Aide par le Travail											1									
Externat Médico-Pro- fessionnel			1									1								
Institution Thérapeu- tique	1																			
Retour au pays natal									1											
Chômage				1																
on ne sait pas											2	2	1	1	1	3	3	3	1	

Notons que les adolescents présentant des Troubles du comportement sont ceux qui sont le plus difficile à suivre à leur sortie de l'Etablissement (6 sur 21 : 28,6 % d'entre eux ont été perdus de vue).

AU TOTAL : Le devenir à la sortie de l'Etablissement et au moment de l'enquête des 21 adolescents présentant, à des degrés divers, des Troubles du comportement, est résumé dans le tableau suivant :

TABLEAU LXXIV -

	: Sortie de	: Décembre 1974 :
	: l'Externat	
Placés	13	6
Non placés	2	2
Atelier Protégé	2	1
Centre d'Aide par le Travail		1
Externat Médico Professionnel	2	2
Institution Thérapeutique	1	1
Retour au pays natal	1	1
Chômage		1
On ne sait pas		6
TOTAL	21	21

- Les Troubles de surcharge ont permis d'individualiser les adolescents présentant une déficience mentale pure et isolée, de ceux présentant des handicaps associés.

Ainsi, 42,6 % des adolescents étudiés présentent au moins un handicap associé à leur débilité mentale. Si l'on décompte les comitialités équilibrées et les troubles sensoriels qui ne gênent pas actuellement les adolescents (mais qui ont pu les gêner), 39,3 % d'entre eux présentent des handicaps qui les gênent ou qui compromettent lourdement leur insertion professionnelle.

E - Incidents - Accidents pendant le séjour à l'Externat

On constate le petit nombre d'accidents de travail (8,2 %) et l'absence totale de séquelles consécutives.

On note un grave accident de train d'un adolescent, que l'on explique d'ailleurs mal, et qui a entraîné une paraplégie nécessitant de longs mois de rééducation. Cet adolescent est actuellement en Atelier Protégé, alors que son insertion professionnelle était satisfaisante jusqu'à ce drame.

F - Stages

Les causes familiales sont au premier rang des causes qui ont nui à la mise en stage de l'adolescent : il s'agit tantôt de refus, tantôt de retrait de l'adolescent de l'Etablissement (71,4 % des cas).

- 88,5 % des adolescents sont allés en stage. 78 % d'entre eux ont réussi à plus de la moitié de leurs stages, l'instabilité sur le lieu de travail constituant, à elle seule, la cause de la moitié des échecs.

G - Les placements

Nous ne reviendrons pas sur la nécessité absolue pour tout établissement de ce type, de posséder un Service de Suite, prêt à intervenir à la demande.

Nous ne reviendrons pas sur le caractère fragile de chaque placement, dont la pérennité est le fruit d'une équipe.

- . A la sortie de l'Etablissement, 3/4 des adolescents étudiés travaillaient en milieu "normal".

- . Parmi les 15 adolescents non placés ou placés dans des établissements spécialisés, 5 seulement (8,2 % de l'ensemble des adolescents étudiés) paraissent avoir un avenir professionnel compromis, mais nous avons vu qu'il ne fallait avoir aucun préjugé.

Fait important : aucune corrélation n'a été notée entre valeur du Q.I. et possibilités de placement, les troubles de surcharge, la mauvaise participation familiale étant les obstacles majeurs à l'insertion professionnelle de l'adolescent.

La réussite apparente de cet Etablissement serait-elle durable après 5 ans de recul ?

C'est l'objet du prochain chapitre.

Nous ne saurions, cependant, terminer celui-ci sans avoir situé ces adolescents à majorité de débiles légers et moyens par rapport à l'ensemble de l'arriération mentale en France et avoir exprimé certaines idées qui n'engagent que nous.

L'Intergroupe pour la préparation du 5^e plan, sous la direction de M. Bloch-Lafné, adopta en 1969 la définition suivante : "Sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents, et adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes à agir comme les autres".

Cet Intergroupe, pour la préparation du 6^e plan (1971-1975), évaluait à 1,2 % de la tranche d'âge correspondante les débilés moyens et profonds et les arriérés mentaux de 3 à 19 ans, les débilés légers avec troubles associés étant estimés à 0,25 % de cette tranche d'âge.

L'I.N.E.D., sous la plume de Claude Lévy (1965- (32), estime, lors d'une enquête Nationale, respectivement à 71.544 et 68.655 le nombre de débilés profonds et moyens, "soit une population de 139.609 enfants et adolescents débilés mentaux des 2 sexes et âgés de 5 à 19 ans, soit 1,2 % de la tranche d'âge correspondante", les débilés moyens représentant 0,59 % de cette tranche.

Ces chiffres sont nettement inférieurs à d'autres estimations antérieures qui, en tenant compte du nombre de 12.300.000 enfants de 5 à 19 ans révolus déterminé par l'Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques pendant le 5^e plan, constate que :

- les débilés légers simples constituent 3 % de cette population de 5 à 19 ans, soit 370.000 enfants
- les débilés légers avec troubles associés représentent 0,55 % de cette population, soit 67.000 enfants
- les débilés moyens, 1 % , soit 123.000 enfants
- les débilés profonds, 0,25%, soit 30.000 enfants.

AU TOTAL, 5,55 % des enfants de 5 à 19 ans sont, à des degrés divers, atteints de déficience mentale, ce qui représente 682.500 enfants.

Si l'on tient compte des enfants de moins de 5 ans et des adultes de plus de 20 ans estimés à environ 200.000 , c'est donc au total plus de 1 million de sujets qui sont atteints de déficience mentale à des degrés divers et en conséquence, compte tenu de la cellule familiale qui en a la charge : père - mère - ascendants - collatéraux, ce problème concerne directement ou indirectement 4 à 5 millions de Français, soit approximativement 1 Français sur 10.

C'est dire l'ampleur du problème.

Claude Lévy s'indigne du fait que l'on s'en soit occupé seulement au moment où la société a pris conscience, malgré elle, qu'elle se trouvait devant une réalité qui lui semblait nouvelle et qui devenait chaque jour plus pressante, la charge entière de ces adolescents ayant été, jusque là, laissée aux familles malheureuses qui supportaient et se cachaient.

"Les progrès médicaux de l'après-guerre, obligèrent la société à changer d'optique en favorisant la survie et également la "fabrication" des débilés mentaux" (Claude Lévy - 1965- (32). Ce n'est donc que tardivement que l'on a été contraint à une prise de conscience, ce qui explique l'énorme insuffisance des moyens dont nous disposons et ce constat

d'impuissance sur lequel nous allons revenir maintenant : "Nous sommes actuellement incapables de subvenir à la moitié des besoins existants et l'on estime que ces besoins iront croissants". (Claude Lévy 1965-(32).

Besoins en équipements collectifs, certes, mais bien plus encore en personnel compétent. Le métier d'éducateur est un métier difficile, surtout lorsqu'il est conduit "en milieu ouvert", comme c'est le cas dans les Externats, et comme il est souhaitable qu'il le soit toujours, mais où le profit des influences de l'Institution risque d'être dilué, voire anéanti, par celles du milieu extérieur.

Le manque d'équipements n'est que trop évident, comme le représente le diagramme ci-dessous.

TABLEAU LXXV - GRAPHIQUE COMPARATIF DES BESOINS DEFINIS PAR L'INTERGROUPE "ENFANCE INADAPTEE" ET DES REALISATIONS AU 1.1.1966 : FIN DU 4e PLAN.

(Ce tableau figure page 111).

Les adolescents de notre étude sont donc des privilégiés : on peut estimer qu'en 1964 au moins 90 % des débiles ont quitté l'école à 14 ans, sans aucune préparation professionnelle particulière et sans avoir, bien sûr, le certificat d'études.

"Si en 1965 on avait voulu faire bénéficier d'un enseignement adapté tous les déficients intellectuels d'âge scolaire (6 à 14 ans) ayant des Q.I. allant de 50 à 80, l'équipement existant n'aurait permis d'en accueillir qu'un sur sept environ; on pouvait estimer qu'en janvier 1964 environ 1 déficient intellectuel d'âge scolaire sur 4 ou 5 effectuait un passage en classe de perfectionnement. Le sous-équipement global n'est pas homogène : il est un peu plus important pour les filles que pour les garçons, beaucoup plus important pour les classes de perfectionnement professionnel que pour les classes de perfectionnement primaire, les zones rurales étant particulièrement défavorisées par rapport aux zones urbaines". (R.Zazzo - 1969-(50).

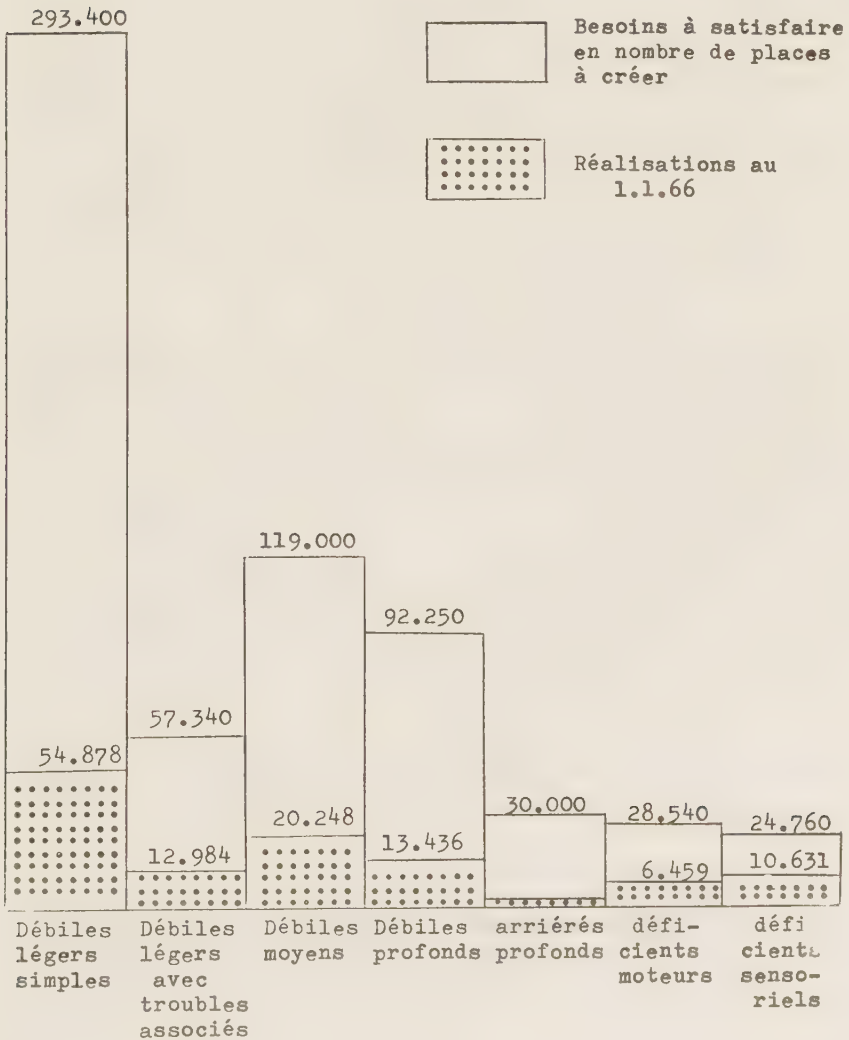
R.Zazzo insiste encore sur le fait que, si une minorité de débiles ont la chance d'accéder à un enseignement spécialisé, la majorité d'entre eux n'y accède que tardivement, après avoir pris 2 à 3 ans de retard.

Une enquête organisée en 1965 en Haute Vienne constate :

- que près de 40 % des débiles profonds et plus de 60 % des débiles moyens sont scolarisés dans des écoles primaires normales et ne reçoivent pratiquement aucun enseignement spécialisé;
- qu'il existait un excès de signalement pour les enfants âgés de 10 à 12 ans, ce qui semblait indiquer un retard regrettable dans le dépistage.

TABLEAU LXXV -

GRAPHIQUE COMPARATIF DES BESOINS DEFINIS
PAR L'INTERGROUPE "ENFANCE INADAPTEE" ET
DES REALISATIONS AU 1.1.1966 = FIN DU IV^e PLAN



Nous terminerons ce chapitre en formulant trois souhaits principaux :

- L'intérêt de multiplier les établissements spécialisés; surtout de leur offrir un personnel qualifié se recyclant en permanence, conscient de sa lourde et passionnante tâche.
- La nécessité de développer l'aide sociale en faveur des adultes de plus de 20 ans (qui ne sont pas notre sujet, mais en sont inséparables), par la continuation de leur prise en charge par la Sécurité Sociale et le versement d'allocations d'Education Spécialisée, sans lesquelles ces adultes retombent à la charge et sous la responsabilité de leurs familles, ce qui va à l'encontre du désir et du but de chacun : la conquête de l'autonomie.
- Enfin et surtout, l'importance d'un dépistage précoce, systématique de la déficience mentale, condition sans laquelle les conséquences du temps perdu risquent de devenir irréversibles.

Nous voulons parler ici :

- . du dépistage du risque prénatal par l'étude génétique des futurs parents et la détermination de l'importance du risque d'avoir un enfant atteint d'arriération mentale; par la pratique de l'amniocentèse pour l'étude des anomalies chromosomiques et de certains désordres métaboliques; par la détection et la surveillance des grossesses à risques;

- . du dépistage du risque périnatal (états pathologiques maternels, hypotrophie foetale, prématurité);

- . du dépistage systématique à la naissance des maladies métaboliques : phénylcétonurie surtout, mais aussi galactosémie et déficit érythrocytaire en glucose 6 phosphate déshydrogénase;

- . des signes neurologiques de suspicion de l'insuffisance mentale à la période néonatale;

- . de la surveillance systématique du développement psychomoteur du nourrisson et du petit enfant.

Ce dépistage doit déboucher sur trois notions essentielles :

- celle de prévention avant tout
- celle de traitement précoce
- celle d'aide éducative précoce pour soulager les familles et permettre aux adolescents atteints, malgré les moyens précédents, d'accéder en plus grand nombre à une vie "normale".

IV - DEVENIR DE L'ADOLESCENT 6 MOIS A 5 ANS APRES
SA SORTIE DE L'ETABLISSEMENT

C'était là le point capital qui permettait de juger du caractère positif ou non de l'Etablissement.

Les résultats qui suivent ne permettent en rien de préjuger de l'avenir lointain de chacun des adolescents. Ils ne sont que des instantanés de la date de l'enquête sur un fond d'équilibre précaire. Ils demanderaient à être contrôlés par une nouvelle enquête dans environ 5 ans.

A - Sur le plan professionnel

La comparaison des pourcentages constatés à la sortie de l'Externat et au moment de l'enquête figure dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU LXXVI -

	Sortie de		Décembre 1974	
	l'Externat			
	Nombre	%	Nombre	%
Placés	46	75	34	55,7
Non placés ou placés en milieux spécialisés	15	25	20	32,8
Devenir inconnu		0	7	11,5

Ce tableau laisse apparaître qu'il y a eu des pertes d'emploi depuis la sortie de l'Etablissement.

Parmi ceux qui ne sont pas placés actuellement (20) sept (11,5 %) ont un avenir professionnel qui paraît fortement compromis pour des raisons d'origine essentiellement organique :

- mongoliens	2
- paraplégie après accident de train	1
- monoplégie + hémisphérectomie ...	1
- psychotique	1
- thrombose centrale	1
- crises comitiales subintrantes ..	1

L'insuffisance mentale d'origine organique paraît donc avoir un mauvais pronostic du fait des facteurs de surcharge (troubles neurologiques, comitialité, troubles du comportement) qui l'accompagnent souvent et qui viennent prédominer au rang des handicaps.

Les Troubles du comportement constituent la seconde cause d'échec de placement ou d'instabilité de l'emploi (chômage).

A noter que parmi les non placés, nous avons inclus les deux adolescents qui sont retournés dans leur pays natal et qui y travaillent probablement, les problèmes de transplantation et d'adaptation paraissant avoir été pour eux au premier plan lors de leur séjour en France.

Le tableau ci-dessous permet la comparaison de la situation des non placés à la sortie de l'Externat, en 1974.

TABLEAU LXXVII -

	Sortie		E.M.Pro		1974	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Non placés ou placés en milieux spécialisés	15	25	20	32,8		
Non placés : causes :	8	13	10	16,4		
. T. du comportement	1					
. parentales	3					
. déménagement	1					
. handicap moteur trop important	1			2		
. déficit intellectuel trop important				1		
. retour au pays natal	2			2		
. chômage				3		
. mariage				2		
Placés en milieux spécialisés	7	12	10	16,4		
. Internat Médico-Pédagogique				1		
. Internat Médico-Professionnel	1			1		
. Institution Thérapeutique	1			1		
. Externat Médico-Professionnel	2			2		
. Centre de rééducation par le Loisir				1		
. Atelier Protégé	3			3		
. Centre d'Aide par le Travail				1		

EN CONCLUSION : Les Troubles de surcharge semblent régler le pronostic du devenir professionnel des adolescents étudiés et ce, beaucoup plus que la déficience mentale elle-même, qui ne semble pas, pour notre population, un obstacle majeur à l'insertion dans le monde du travail. La majorité de ceux dont on ne connaît pas le devenir était des instables ou des prédélinquants, dont l'avenir professionnel semble compromis.

En étudiant le devenir après 6 mois à 5 ans de recul des placés et non placés à la sortie de l'Etablissement, on constate que :

- 13 adolescents placés à leur sortie de l'Externat ne sont plus placés, ou ont été perdus de vue (21 % des adolescents) :
 - devenir inconnu 4
 - non placés 9
 - . 2 d'entre eux ont un avenir professionnel compromis
 - . les autres sont soit au chômage, soit en milieux spécialisés.
- Devenir actuel des 15 adolescents non placés à la sortie de l'Externat :
- 8 ont une situation identique à celle qu'ils avaient à la sortie de l'Etablissement
- 3 ont été perdus de vue
- 1 a été placé alors qu'il avait été transféré dans un autre Externat Médico Professionnel, à la suite d'un déménagement
- les 3 autres sont, soit mariés, soit en milieux spécialisés.

Parmi les 34 adolescents qui travaillent actuellement, on observe une stabilité remarquable de l'emploi puisque 76,5 % d'entre eux n'ont occupé qu'un poste.

Les Troubles du comportement sont à l'origine de la majorité des causes d'instabilité de l'emploi, sauf pour un adolescent qui présente une phénylcétonurie associée à une néphropathie complexe, et pour lequel une fatigabilité excessive au travail a été la cause de son instabilité.

Les travaux effectués par les adolescents étudiés sont presque toujours des travaux simples, au sein desquels les activités de cartonnage-conditionnement et manutention ont une place prépondérante : ils concernent 32 % des adolescents qui travaillent actuellement. Ils concernaient 35 % des adolescents qui travaillaient à la sortie de l'Externat.

Les autres activités sont des activités manuelles qui ne demandent ni initiatives importantes, ni responsabilités trop lourdes.

L'étude différentielle du devenir actuel des adolescents, sortis chaque année de l'Etablissement depuis 1970, n'a pas montré de façon significative, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, une perte, une instabilité de l'emploi croissantes en fonction de l'importance du nombre d'années séparant la date de l'enquête de la sortie de l'Externat.

Ainsi, la perte de l'emploi n'est pas supérieure chez les adolescents sortis depuis 5 ans de l'Etablissement que chez ceux sortis depuis 1 an. C'est une notion encourageante.

EN CONCLUSION : 4 données capitales se dégagent de l'étude du devenir professionnel des adolescents étudiés :

1 - Il y a une perte relativement faible de l'emploi avec le temps (9 adolescents placés à la sortie de l'Etablissement ne sont pas placés actuellement : 15 % - un adolescent non placé à la sortie de l'Externat est placé actuellement).

2 - La perte de l'emploi n'est pas une fonction croissante de l'importance du temps écoulé depuis la sortie de l'Etablissement.

3 - Parmi les adolescents non placés actuellement (20 = 32,8 %), sept seulement (11 %) paraissent avoir un avenir professionnel compromis.

4 - L'importance des troubles de surcharge domine le devenir professionnel de ces adolescents, beaucoup plus que l'importance de la déficience intellectuelle qui se trouve donc reportée au second plan dans notre population.

Enfin, nous n'avons retrouvé aucune relation entre importance du déficit intellectuel et importance des échecs (sauf pour deux des 3 Mongoliens).

Parmi les Troubles de surcharge :

- les Troubles neurologiques et la comitialité, souvent associés d'ailleurs, compromettent de façon quasi définitive les possibilités futures d'insertion professionnelle;
- les Troubles du comportement sont parfois une cause d'échec de placement, le plus souvent une cause d'instabilité professionnelle.

B - Loisirs - Vacances - Salaires

Le salaire des adolescents qui travaillent varie de 1.200 Fr à 1.600 Fr.

L'étude des salaires, des loisirs des adolescents nous permet de prendre conscience de leur autonomie toute relative.

Cette étude a montré, en effet, combien il leur était difficile de se faire d'autres camarades que ceux qu'ils avaient connus dans l'Etablissement (du fait même, peut-être, qu'ils n'en éprouvent pas le désir), combien ils avaient de la peine surtout à se détacher de l'emprise parentale.

Ce sont là des constatations qui prêtent à réflexion.

C - Situation matrimoniale

La plupart des adolescents étudiés sont actuellement célibataires : 91,8 %.

Parmi les 5 adolescents mariés, 4 sont des femmes. La plupart d'entre elles se sont mariées jeunes (18-19 ans) :

- 3 d'entre elles ont des enfants et étaient donc jeunes lors de leur première maternité.

NOTONS qu'une adolescente a un enfant qui présente un important retard psychomoteur.

Les nouveaux couples formés nous donnent l'effrayante impression d'un cycle qui se perpétue...

D - Service Militaire

- 5 adolescents (15 % d'entre eux) ont fait leur Service Militaire.

Les critères de recrutement ne paraissent donc pas particulièrement sévères.

E - Habitat actuel

- 86 % des adolescents, dont l'habitat est connu actuellement (56 adolescents), logent chez leurs parents ou dans la famille (sœurs, beaux-parents). Ce chiffre est significatif.

Besoin ou nécessité de se trouver dans la cellule familiale ?

F - Notion d'autonomie

Le VI^e plan rapporte : "le dénominateur commun de toutes les actions dans le domaine de la solidarité consiste, en définitive, à chercher à assurer dans les meilleures conditions possibles, à préserver lorsqu'elle est menacée, et à rétablir lorsqu'elle est perdue, l'autonomie des individus et des groupes sociaux".

Beaucoup de travail reste à faire en ce sens pour ces adolescents.

Autonomie professionnelle, oui, tel est le premier but à atteindre, du fait de l'importance et des conséquences, sur le plan individuel, de l'activité professionnelle dans notre société.

- ses aspects positifs certes : intégration sociale, autonomisation individuelle et affective, accès à l'indépendance, à la liberté d'action.
- mais aussi ses caractères exorbitants : spécialisation extrême, diplômes de plus en plus demandés pour des emplois souvent à la portée de tous, notion prévalente de rentabilité du travail, de valeur même du travail au détriment des activités de loisirs.

"Ce n'est qu'à partir du travail et de sa rentabilité que l'individu peut seulement envisager secondairement de structurer sa vie personnelle ". (P. Boige).

Constatation qui fait qu'il est actuellement indispensable que ces adolescents travaillent pour le sentiment de valorisation que cette intégration peut leur apporter, pour le fait qu'il n'y a pas d'autonomie dans notre société sans autonomie professionnelle.

Cette notion a bien été ressentie par tout le monde peut-être au détriment des autres...

Car ces adolescents que nous venons d'étudier ne sont pas réellement autonomes.

Ils habitent chez leurs parents qui gèrent leur salaire, n'ont pas ou peu de loisirs, vivent dans une enceinte très fermée.

Un immense pas reste à faire pour leur donner une autonomie complète : il faut développer leurs activités de loisirs, leur offrir des moyens d'hébergement pour qu'ils soient réellement responsables et que disparaisse l'angoisse actuelle ressentie par chacun quant au devenir de l'adolescent lorsque la famille deviendra déficiente ou absente...

T R O I S I E M E P A R T I E

Dans cette troisième partie, nous illustrerons ce travail de quelques observations-type représentatives de chaque étiologie.

OBSERVATION N° 1 : Dub. Gérard

- Date de naissance : 1.3.1953 - Sexe masculin
- Grossesse normale - Accouchement normal à terme
- Poids de naissance : 3,150 kg.

- Développement psychomoteur normal jusqu'à l'âge de 10 mois où, à la suite d'une bronchite dentaire, il fait une encéphalite avec convulsions et coma durant 45 jours, nécessitant son hospitalisation : hémiplégie gauche avec régression nette: ne se tient plus assis, difficultés d'alimentation, raccourcissement du membre inférieur gauche.

- Rééducation psychomotrice à domicile et à l'hôpital de Garches, où il progresse lentement.

Rien de particulier jusqu'à l'âge de 5 ans, date à laquelle réapparaissent des convulsions sous forme de décharges myocloniques : un traitement est institué, sa comitialité est équilibrée.

Cependant, la reprise ultérieure des crises, leur fréquence élevée font poser l'indication d'une hémisphérectomie droite à l'âge de 12 ans : il n'a plus de crises, mais présente une hémiplégie gauche avec une dysarthrie très importante.

Pas de troubles du comportement.

Scolarité -

- Ecole maternelle à 5 ans pendant 2 ans, Centre de Plein air; puis il est admis dans un Centre d'Education pendant 3 ans et demi.

- A 12 ans, il entre dans un Externat Médico-Pédagogique pour 4 ans : il y progresse, mais ne sait pas lire, se sert difficilement de ses deux mains du fait d'une hémiparésie gauche.

- A 16 ans, il entre à l'Externat Médico-Professionnel : il y restera 53 mois.

- . A son entrée; son quotient intellectuel est à 45
- . il ne sait ni lire ni écrire
- . présente des troubles du langage
- . choisit l'atelier conditionnement, où il fait preuve d'une bonne volonté, mais ne se sert pratiquement que d'une main, se fatigue très vite.

- A 18 ans, nouvel épisode convulsif au cours d'un syndrome infectieux d'étiologie inconnue qui nécessite son hospitalisation et qui ne sera pas suivi de séquelles notables.

- Après 12 mois dans l'Etablissement, il fait 4 stages différents pendant environ 100 jours :

- . 2 en milieux protégés
- . 2 en milieu "normal"

Il donne entière satisfaction, malgré un rendement faible, une fatigabilité importante.

- Il est placé, à sa sortie de l'Externat, dans un Atelier Protégé où il plie des cartons.

- Il y est toujours (gagnerait 250 fr par mois) et donnerait tout l'argent à ses parents chez lesquels il habite : pavillon avec jardin. Il se déplace à pieds.

Ses Parents -

- Son père et sa mère se sont mariés respectivement à 26 et 22 ans et ont conçu Gérard à 30 et 26 ans.

- Son père, orphelin de père et mère à 8 ans, a été en pension religieuse, puis a été recueilli par une tante sans enfant, chez laquelle il semble avoir été heureux. Il est fils unique et occupe actuellement une place de cadre moyen.

Il ne s'est jamais rendu aux réunions proposées par l'Etablissement.

- Sa mère est allée à l'école jusqu'à 18 ans. Elle a 2 frères et soeur et ne travaille pas.

Père et mère donnent une impression assez dure et sont armés pour se défendre contre une telle adversité. Ils font tout pour faire progresser l'enfant, au détriment parfois d'une chaleur affective. L'entente parentale paraît bonne.

Ses Grands-Parents -

- Seul son grand-père maternel est vivant.

Sa fratrie

- Il est le deuxième d'une fratrie de deux. Sa soeur, Françoise, suit une scolarité normale et s'entend parfaitement avec son frère, en l'entourant de soins précautionneux.

C'est ici l'exemple d'une débilité essentiellement organique où se sont imbriqués troubles neurologiques et comitialité, ayant nécessité une hémisphérectomie, dans un climat familial favorable.

Les séquelles neurologiques ont nui à l'insertion professionnelle de Gérard qui a dû être placé en Atelier Protégé, de façon probablement définitive. Que deviendra-t-il à la mort de ses parents ?

OBSERVATION N° 2 : Cail. Claude

- Né le 1.5.1955 - Sexe masculin
- Grossesse normale - Accouchement normal à terme
- Poids de naissance : 3 kg.
- Marche seulement à 2 ans 1/2 - Pas de séparation du milieu parental
- Enurésie nocturne, qui s'améliorera par la suite.

Scolarité -

- Entre à l'école maternelle à l'âge de 5 ans
- Redouble son Cours Préparatoire
- Entre alors en Classe de Perfectionnement pendant 2 ans, puis en Externat Médico-Pédagogique pour 6 ans.

- A 14 ans, il entre à l'Externat Médico-Professionnel . Il perd son père et sa mère respectivement à 12 et 10 ans : sa mère à la suite d'un ictère grave, son père deux ans plus tard, éthylique reconnu, souvent brutal et absent, qu'il découvre pendu.

- Claude est alors placé par l'Aide Sociale à l'Enfance dans une famille nourricière.

Il progresse régulièrement à l'Externat Médico-Pédagogique, puis à l'Externat Médico-Professionnel, sans

difficultés majeures jusqu'à l'âge de 17 ans, où il fait une fugue de chez ses parents nourriciers avec lesquels il ne s'entend pas.

- Il est hébergé provisoirement dans l'Etablissement, puis entre dans un Foyer de Jeunes Travailleurs. La police l'interpelle pour vol d'une mobylette qu'il dit avoir seulement empruntée, le Juge d'Enfants le convoque.

L'évolution est à nouveau favorable, jusqu'en octobre 1972, où il s'absente et arrive fréquemment en retard durant ses stages, alors qu'il allait être embauché...

Claude ne vient pas à l'Externat pendant plusieurs jours, vit une période dépressive, menace de quitter le Foyer, refuse tout entretien et toute aide. Il décide de chercher du travail lui-même, mais en vain.

Il retourne alors à son stage, mais absences et retards se perpétuent.

- Le 4.12.73 : deuxième fugue avec un camarade, jusqu'à la frontière Luxembourgeoise.

- Le 8.12.73 : il revient au Foyer, n'ayant plus d'argent, après avoir connu de nombreux démêlés avec la police.

- Une nuit, il pénètre dans l'Etablissement par une fenêtre et vole l'argent des caisses de coopérative des apprentis : on l'oblige à rembourser avec ce qu'il gagne en stage. Il vole de l'argent à son Foyer et sur les lieux de travail, le premier jour de son nouveau stage : il est renvoyé.

- Il demande alors à être confronté avec le Juge d'Enfants.

Dès lors, son attitude change : il vient régulièrement à l'Externat, à l'heure et travaille à l'atelier comme jamais il ne l'a fait.

- Il est embauché dans une entreprise et loge chez sa soeur et son beau-frère.

- En septembre 1973, Claude ne vient plus travailler; il habite maintenant chez un autre frère à Paris, qu'il quitte également à l'occasion d'une troisième fugue : il est recherché par les gendarmes pour son Service Militaire. Il erre alors dans les rues, couche dehors, mendie ...

- Il travaillera ensuite une semaine dans une menuiserie, puis fera un travail d'intérimaire comme dépanneur. Actuellement, il est au chômage et est logé dans un Foyer de la Justice.

- Son quotient intellectuel, à l'entrée de l'Externat était de 73. Il y restera 43 mois.

- Il lisait et écrivait couramment; en atelier, son travail était fonction de son désir ou non de bien faire.

- Enurétique, amblyope, astigmate, hypermétrope, il avait comme tous ses frères et soeurs une très petite taille.

Ses Parents -

- Son père : ouvrier, éthylique, violent, souvent absent, écrivait à peine, avait un frère.
Claude le découvrit pendu à l'âge de 12 ans.
 - Sa mère est allée à l'école jusqu'à l'âge de 13 ans; elle meurt deux ans avant son père d'un ictère grave; elle ne travaillait pas.
Elle avait 9 frères et soeurs, dont un est décédé à 6 semaines de convulsions.
- L'entente parentale était mauvaise.

Ses Grands-Parents -

- Les 4 grands-parents de Claude sont morts.
- Grand'père paternel éthylique s'est suicidé au revolver : le père de Claude avait 15 ans.
- Grand'père maternel également éthylique.

Fratrie -

- Claude est le 8ème de 9 enfants
- Tous sont de petite taille
- Tous ont un retard scolaire plus ou moins important
- Un est décédé d'une noyade
- Deux sont débiles - L'un d'eux a présenté des troubles psychotiques et n'est pas scolarisé.
- Un enfant est en Perfectionnement.

Habitat -

- 11 personnes habitaient 3 pièces : 1 cuisine - 1 salle de séjour - 1 dortoir (où ils couchaient tous). Claude dormait avec l'une de ses soeurs également éthylique.

AU TOTAL : c'est ici un exemple frappant de pauvreté socio-culturelle dramatique, avec éthylisme et débilité paternels, décès des deux parents; éthylisme des grands-parents, débilité ou au moins retard scolaire de la fratrie entière, surpeuplement de l'habitat par une famille nombreuse, responsable de la très grande instabilité de Claude qui est un délinquant dont la déficience mentale, très relative, n'interdisait pas, à elle seule, l'insertion professionnelle...

OBSERVATION N° 3 : Cho. Bernard

- Né le 25.2.1954 - Sexe masculin
- Grossesse normale - Accouchement normal à terme
- Poids de naissance : inconnu
- Marche à 14 mois - Aucune séparation du milieu parental durant la première enfance.

Scolarité -

- Ecole maternelle, puis Cours Préparatoire, qu'il ne peut suivre.
- Deux ans de Perfectionnement, puis entre de 9 à 15 ans dans un Externat Médico-Pédagogique, où l'on constate :
 - . une très grande instabilité motrice, avec tremblements des deux mains
 - . des troubles relationnels de type psychotique
 - . un strabisme, une myopie bilatérale avec cypho-scoliose et genu valgum
 - . de très importants troubles du langage : dysarthrie avec de nombreuses expressions argotiques témoignant de la déficience socio-économique du milieu familial.
- On note une fracture du crâne à 10 ans, sans séquelles.
 - Il entre à l'Externat Médico-Professionnel à 15 ans pour 45 mois.
 - Quotient intellectuel à l'entrée : 76
- Atelier pédagogique :
 - . lecture : déchiffre par mécanisme, sans compréhension ni usage
 - . écrit phonétiquement
 - . prononce difficilement et en est conscient.
- Atelier professionnel :

Il passe successivement de l'atelier travail collectif à l'atelier entretien, puis petite menuiserie où il progresse de façon importante et fait preuve notamment d'une très grande ténacité et volonté.

 - A une passion : LA PEINTURE
- Il se montre cependant angoissé devant toute activité nouvelle et la fuit systématiquement.

Stages -

- Après 24 mois dans l'Etablissement, il fait 5 stages différents durant lesquels il donne entière satisfaction.
- Il est embauché à l'Hopital Foch le 21 octobre 1972 au service de l'entretien comme peintre apprenti. Il s'y plaît et y est encore actuellement.

Ses parents -

- Son père : cantonnier, débile, éthylique, violent, bat sa femme et ses enfants, a subi plusieurs cures de désintoxication sans succès. Il ne sait ni lire ni écrire.
- Sa mère : femme de ménage, débile, avait déjà un fils d'une première liaison, que son père a reconnu après son mariage et qu'il préférerait à Bernard. Est allée à l'école jusqu'à 16 ans: sait lire et écrire.
- M. et Mme Cho. divorcent; la mère de Bernard se remarie avec un homme qui avait déjà un fils : de cette union naissent deux enfants, dont un mongolien.

Bernard ne s'entend pas avec son beau-père, qui se met également à boire, rejeté par sa femme et sa belle-mère qui forment un couple mère-fille très néfaste.

Ses Grands-Parents -

- Grand'mère paternelle : prostituée - décédée
- Grand'père paternel : inconnu
- Grand'mère maternelle : ouvrière, entrant dans la vie intime du couple, participant aux discussions, rejetant ses gendres.
- Grand'père maternel : cantonnier très myope depuis toujours.

Sa Fratrie -

- Deux demi-frères d'origine paternelle différente, dont un est Mongolien et en Internat Médico-Pédagogique
- Une demi-soeur, de développement psychomoteur normal, mais présentant un strabisme très important.

Habitat -

- H.L.M. : 2 pièces, cuisine, salle d'eau
 - Bernard couche avec son frère dans la salle de séjour.
-

C'est le tableau d'un enfant pour lequel les troubles du comportement à type d'instabilité majeure, avec troubles relationnels étaient au premier plan et semblaient, a priori, dans ce milieu familial encore très perturbé par l'éthylisme et la débilité parentale, compromettre les chances d'insertion professionnelle.

En fait, cet adolescent, malgré ses troubles importants du langage, grâce à sa volonté, sa persévérance, son acharnement, grâce à toute une équipe de l'Hôpital Foch qui a consenti à tenter ce qui paraissait impossible, a pu trouver une place dans le monde du travail où il s'est épanoui d'une façon imprévisible et surprenante dans le métier qui lui permettait de valoriser sa véritable passion : LA PEINTURE.

C'est une réussite qui donne à réfléchir

OBSERVATION N° 4 : Pou. Alain

- Né le 15.5.1949 - Sexe masculin
- Grossesse normale - Accouchement normal
- Poids de naissance : 3 kg
- Marche à 14 mois, puis à 5 ans, du fait d'une ostéochondrite à 16 mois.

Placements successifs -

- Elevé par la grand'mère maternelle jusqu'à 16 mois, date à laquelle il a une ostéochondrite qui nécessite son hospitalisation (voit sa mère une fois par mois derrière une vitre), et son placement dans une pouponnière pour enfants débiles jusqu'à 4 ans.
- Il est ensuite élevé 9 mois par sa grand'mère paternelle, puis est placé chez une nourrice espagnole qui parle à peine le Français, jusqu'à 6 ans.
- Entre en Cours de Perfectionnement, qu'il ne peut suivre, puis en Internat Médico-Pédagogique pendant 5 ans.
- A 11 ans, il est repris par sa grand'mère maternelle : il ne savait ni manger, ni se laver.

Quant Alain retourne dans son nouveau foyer maternel (mère divorcée et remariée), c'est la naissance d'un demi-frère : il part alors 2 mois en Colonie Sanitaire, puis réintègre définitivement la maison, avant d'entrer à l'Externat

Médico-Professionnel à 19 ans pour 20 mois.

- C'est un gaucher qui présente une hypertonie importante avec syncinésies et adiadococinésie, un retard très important de l'expression orale et écrite, des acquisitions scolaires nulles, sans troubles du comportement.

- A l'Externat Médico-Professionnel on note :

- une hypotrophie staturo-pondérale importante, avec un périmètre crânien inférieur de plus de 4 écarts-type à la moyenne.
- un quotient intellectuel à 38.

- Atelier Pédagogique : Il déchiffre quelques lettres, ne sait pas écrire, a des difficultés de mémorisation.

- Atelier Professionnel : nettoyage. Il ne fait aucun progrès.

Stages -

- Après un an dans l'Etablissement, il fait deux stages différents qui sont bons dans l'ensemble; le premier a été interrompu par une crise de colique néphrétique.

Il est placé comme aide-jardinier municipal le 4.4.1970 et y est toujours.

Ses parents -

- Son père et sa mère se sont mariés à 19 ans et ont conçu l'enfant à 20 ans.

- Son père : tôlier-chaudronnier part du Foyer conjugal : Alain a 3 ans.

- Sa mère : gardienne, divorce donc (Alain a 9 ans) et se remarie à 30 ans avec un transporteur, à son compte.

Ses Grands-parents -

On note le rôle nocif de la grand'mère maternelle très dominatrice, qui supervise la vie de ses 5 filles et particulièrement celle de la mère d'Alain.

Fratricie -

- un demi-frère et une demi-soeur bien portants.

Habitat -

- H.L.M. : 5 pièces - cuisine - salle de bains.

C'est ici l'exemple d'un adolescent débile profond chez lequel les placements successifs, dès la première enfance, semblent avoir joué un rôle majeur.

Sans Troubles de surcharge, son insertion professionnelle a été possible malgré le jugement ci-après porté à son égard, alors qu'il avait 15 ans : "Niveau très faible, pas d'acquisition, une adaptation en Externat Médico-Professionnel paraît même difficile. On pourrait envisager des tâches simples et bien définies dans le cadre d'un Atelier Protégé."

Prudence

OBSERVATION N° 5 : Gre. Michel

- Né le 12.4.1954 - Sexe masculin
- Grossesse normale - Prématuré : né à 8 mois 1/2.
- Poids de naissance : 2.450 g
- Marche à 16 mois 1/2.

Scolarité -

- 5 ans de Cours Préparatoire, puis 3 ans de Cours de Perfectionnement.
- Absentéisme scolaire fréquent.
- Entre à l'Externat Médico-Professionnel à 15 ans pour 16 mois.
- Quotient intellectuel à l'entrée : 57.
- Atelier Pédagogique : ne lit pas, mais intelligence pratique qui compense - Troubles du langage.
- Atelier Professionnel : maçonnerie - menuiserie, travail aux machines, des progrès, mais ne fait aucun effort..

Il est retiré par ses parents de l'Etablissement, sans prévenir, dès l'âge de 16 ans, pour rapporter de l'argent.

Travaillerait donc avec son père dans des pièces de télévision.

Ses parents -

- Père : ouvrier spécialisé, issu d'une famille nombreuse (11 enfants)
- Mère : ouvrière, débile, traitée pour hyperthyroïdie, a 5 frères et soeurs.

Ses Grands-Parents -

- Seule, la grande'mère maternelle est vivante, bien portante.

Fratric -

- Famille de 11 enfants, dont 9 présentent des retards scolaires plus ou moins importants :

- . Jean né en 1953 : ne sait pas lire
- . Michel né en 1954 : le sujet
- . Patrick né en 1955 : ne sait ni lire ni écrire, a fait une primo-infection tuberculeuse
- . Marie-France née en 1957 : méningite et convulsions à 16 mois, est sourde depuis
- . Philippe né en 1958 : difficultés de lecture
- . Gilbert né en 1959 (
- . Jean-Pierre né en 1960) sont en Cours de Perfectionnement.
- . Eric né en 1961
- . Pascal né en 1962)
- . Carole née en 1964 : Ecole Maternelle
- . Sylvie née en 1965 : à la maison.

Habitat -

- H.L.M. : 4 pièces : 13 cohabitants.

C'est le cas d'une débilité familiale avec échec de placement, du fait du retrait de l'adolescent de l'Etablissement par les parents qui ont besoin d'argent.

OBSERVATION N° 6 : Lepl. Jeanine

- Née le 1.7.1955 - Sexe féminin
- Grossesse normale - Accouchement normal à terme
- Poids de naissance : 3.150 g
- Vomissements dans les premiers mois, nécessitant son hospitalisation de 3 à 5 mois.
- Marche à 12 mois
- Placée en Internat à 3 ans pour 18 mois.

Scolarité -

- Ecole de Plein Air de 4 à 8 ans, puis
- Externat Médico-Pédagogique pendant 6 ans.
- Elle entre à l'Externat Médico-Professionnel à 14 ans pour 34 mois.

-
- Enurétique la nuit jusqu'à 11 ans
 - Pas de troubles du comportement
 - Quotient intellectuel à l'entrée : 75
 - Niveau scolaire bon : lecture courante avec compréhension et utilisation, écrit correctement.
 - Du point de vue professionnel, elle est pratiquement autonome, mais fait peu de progrès dans l'Etablissement.

Stages -

- Après 11 mois passés à l'Externat, elle fait 2 stages et ne donne pas satisfaction.

Placement -

- Elle réussit dans une Entreprise de cuir, où elle est toujours.

Situation matrimoniale -

- Mariée, elle a 3 enfants, dont le 2ème présente un important retard psychomoteur.

Ses Parents -

- Père : manutentionnaire, éthylique, a fait une méningite à 7 mois 1/2, une tuberculose pulmonaire en 1958; est asthmatique. Il ne travaille pas, est en invalidité.
- Mère : au foyer, débile, ne sait pas écrire, décide de tout.

Fratric -

- 7ème de 10 enfants, dont 2 sont décédés à 6 et 11 mois (toxique).
- . 1 soeur : Externat Médico-Pédagogique, mariée, 2 enfants décédés.
- . 1 frère : Externat Médico-Professionnel, débile
- . 1 frère : Internat Médico-Pédagogique, puis Perfectionnement Professionnel
- . 1 frère : Perfectionnement.

Habitat -

- H.L.M. : 4 pièces, logement personnel.

Nous avons, là encore, l'exemple d'une débilité
familiale avec pauvreté socio-culturelle importante du milieu.

Les différentes observations se répètent avec une
monotonie inquiétante et déconcertante tout au long de notre
étude...

C O N C L U S I O N

" LE COMPORTEMENT D'UNE SOCIÉTÉ ENVERS SES
DEVIANTS EST UN DES MEILLEURS TÉMOIGNAGES
DE SON DEGRÉ DE CIVILISATION "

L. BONNAFE

L'étude de 61 adolescents ayant séjourné dans un Externat Médico-Professionnel a permis d'individualiser certaines caractéristiques quasi spécifiques de la débilité moyenne.

Ces adolescents proviennent des milieux socio-culturels, socio-professionnels et socio-économiques les plus défavorisés.

En effet :

- ils appartiennent à des familles nombreuses
- à habitat surpeuplé
- à hérédité lourde : débilité, psychopathies, éthylisme des ascendants et des collatéraux.

La plupart a donc vécu une enfance malheureuse caractérisée par une indigence généralisée où l'on note :

- séparations multiples du milieu familial dès le plus jeune âge
- anomalies fréquentes de la structure familiale.

L'étude de ces adolescents avant leur entrée dans l'Etablissement a montré :

- . la nette prédominance masculine
- . la fréquence du retard de la marche après 20 mois et des troubles du langage, intéressant respectivement 41 % et 37,7 % d'entre eux
- . le rôle révélateur de l'école quant à la déficience mentale dès le cours préparatoire.
- . l'importance des facteurs exogènes, pré, péri et post-nataux, et des facteurs dits du "Milieu" (75,4 % des adolescents), face aux facteurs endogènes spécifiques (8,2 %).

Il faut noter d'ailleurs que ces adolescents paraissent revivre l'enfance de leurs parents et grands-parents.

L'étude des adolescents durant leur séjour à l'Externat a montré que :

- 42,6 % d'entre eux étaient polyhandicapés
- 36 % d'entre eux n'ont pu accéder aux ateliers requérant le plus de capacités
- 8,2 % d'entre eux seulement arrivaient, sur le plan professionnel, à une autonomie complète (responsabilités, initiatives) sans intervention de l'adulte.

A la fin de leur séjour, trois quarts des adolescents ont pu être placés.

L'étude du devenir des adolescents, 6 mois à 5 ans après leur sortie de l'Externat, montre que :

- sur le plan professionnel :

- . la perte de l'emploi avec le temps est faible
- . elle n'est pas une fonction croissante de l'importance du temps écoulé depuis la sortie de l'Etablissement
- . il n'y a pas de corrélation positive entre importance du déficit intellectuel et échec de placement
- . il existe une stabilité remarquable de l'emploi de ceux qui sont placés depuis leur sortie de l'Externat
- . 7 adolescents seulement (11 %), tous organiques, paraissent avoir un avenir professionnel compromis
- . surtout, les troubles de surcharge dominant le pronostic d'insertion professionnelle beaucoup plus que l'importance de la déficience mentale elle-même.

- sur le plan de l'autonomie :

- . ces adolescents bénéficient d'une autonomie toute relative en ce qui concerne :
 - . l'habitat : 86 % logent dans leur famille
 - . la gérance de leur salaire
 - . leurs loisirs.

Enfin, cette étude a permis de faire état de l'énorme carence en établissements spécialisés, encore réservés à une minorité de privilégiés.

En conclusion de cette enquête, quatre notions doivent être soulignées :

- 1) Le rôle essentiel d'un dépistage précoce de la déficience mentale pour une prévention efficace, une intervention psycho-médico-sociale précoce adaptée à chaque cas particulier.
 - 2) L'intérêt de multiplier les établissements spécialisés de type "ouvert" (Externat) :
 - . dirigés par une équipe médico-pédagogique compétente, consciente de l'importance de sa tâche et de ses décisions
 - . agrémentés d'un Service de Suite indispensable, efficace, intervenant à la demande.
 - 3) L'importance qu'il y a de se pencher sur les loisirs, le salaire, l'habitat de ces adolescents, notion sans laquelle leur autonomie complète future apparaît compromise.
 - 4) Enfin, la nécessité de prendre conscience des problèmes de ces adolescents, encore trop souvent méconnus ou rejetés, pour les comprendre et les aider.
-

B I B L I O G R A P H I E

1. AKESSON H.O.
Epidemiology and Genetics of Mental Deficiency
in a Southern Swedish Population
(U.P.P.S.A.L.A. - 1961).
2. BAUDOUIN A.
L'information des familles des jeunes enfants
déficients mentaux
(Réadaptation. 1967. 143. 25-28).
3. BERG J.M.
Discussion of the Aetiology of Mental Defect :
some Pathological Factors
(Proc. R. Soc. Med. 1958. 52. 798).
4. BERGE
Les Problèmes de l'enfant inadapté sur le plan
familial
(Nos Enfants Inadaptés. 1966. 19. 3-10).
5. BINET A. SIMON Th.
La Mesure du développement de l'intelligence chez
les jeunes enfants
(Paris. Bourrelhier. 1905. 116 p.).
6. BOIGE P.
Le placement du débile
(Rev. Prat. 1966. 16. 2383-2389).
7. BRUGGER C.
Genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen
(Z. ges. Neurol. Psychiat. 1930. 130).
8. Chombart de Lauwe Y.M.J.
Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté
(Paris. publication du C.N.R.S. 1959. 275 p.).
9. CORDIER J.
Débilité mentale, inadaptation scolaire et
infériorité sociale
(Revue de Neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène
mentale de l'enfance. 1963. 11. 9-10. 555-569.).
10. DUCHE D.J.
Fréquence, voies d'installation et classification
des déficients mentaux
(Rev. Prat. 1966. 16. 2281).

11. DUCHENE H.
Influence sur les particularités psychiques
des facteurs démographiques familiaux
(La Progénèse. Paris. Masson. 1955).
12. DUCHENE H.
Débat sur la débilité mentale. I. Etiologie
des arriérations
(Psychol. Française. 1957. t.II. 2. 102-118).
13. EBERSCHWEILER M.L.
La famille du débile mental
(Pédagogie. 1966. 8. 751-763).
14. EMMETT W.
The Intelligence of Urban and Rural Children
(Popul. Stud. 1954. 7).
15. ENQUETE C.E.S.A.P. (1968)
Les Déficients mentaux profonds
16. ENQUETE FRANCE (1944)
Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire
(I.N.E.D. Travaux et documents. Cahiers n° 13
et n° 25. P.U.F.).
17. FAIRWEATHER D.V.I. and ILLSLEY
Obstetric and Social Origins of Mental
Handicaped Children
(British journal of preventive and social
medecine. 1960. 14. 4. 149-159).
18. FARCAT H.
Le rôle de la protection maternelle et infantile
dans le dépistage des déficiences mentales
(Réadaptation. 1967. 143. 17-19).
19. GEORGES M.T.
La prise en charge social du jeune enfant déficient
mental et de sa famille
(La Médecine infantile. 1968. 4. 291-292).
20. GEORGES-JANET L.
Intérêt de la prise en charge médicale précoce
pour le traitement et le pronostic
(La Médecine infantile. 1968. 4. 295-300).

21. HALLGREN M. and SJOGREN T.
A Clinical and Genetical Statistical Study
of Schizophrenia and Low Grade Mental Deficiency
in a Large Swedish Rural Population
(Acta psychiatrica et Neurologica Scandinavica.
1959. 35. supp. 140. 65 p.).
22. HALPERIN S.
A Clinical Genetical Study of Mental Defect
(Amer. J. ment. Defic. 1945. 50).
23. HENRY L.
L'influence des divers facteurs socio-économiques
et de la dimension de la famille
(in Niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire
Paris. P.U.F. 1950. 47-96).
24. J. de AJURIAGUERRA
Psychopathologie de l'enfant
(Masson 1974).
25. JONES H.E.
L'influence du milieu sur le développement mental
(in Manuel de Psychologie de l'enfant.
Carmichael. tome II. p. 917-998).
26. KOHLER C.
Recherches sur l'ascendance alcoolique d'enfants
et d'adolescents débiles mentaux et caractériels
(Pédiatrie. Lyon 1961. 16. 2. 173-179).
27. KOHLER C. - ROBERT J.M. et ROCHE M.M.
Recherche sur l'origine familiale de la débilité
mentale dans une collectivité d'adolescents
(Journal de Médecine de Lyon. 1964. 45. 1052.
745-755).
28. KOHLER C.
Les déficiences intellectuelles chez l'enfant
(P.U.F. Coll. Paideia. 1968. 3e édition).
29. KOHLER C.
Où en sommes-nous de nos connaissances sur l'enfant
et l'adolescent débile moyen et profond ?
Que faisons-nous pour eux ?
(Réadaptation. 1968. 151. 7-18).
30. KORNHAUSER A.W.
The Economic Standing of Parents and the Intelli-
gence of Their Children
(J. Educ. Psychol. 1918. 9. 159-164).

31. LAURENT P. - PHILENENKO A.
Le débile mental dans le monde du travail
(Bull. du C.E.R.P. 1961. t. X. 3).
32. LEVY C.
Les jeunes handicapés mentaux
(I.N.E.D. 1er vol. Paris. 1970. P.U.F.).
33. MANNONI M.
L'enfant arriéré et sa mère
(Paris. Seuil. 1964).
34. MATTY CHIVA
Débiles Normaux et Pathologiques
(Delachaux et Niestlé. 1973).
35. MORLE
L'influence de l'état social sur le degré de
l'intelligence des enfants
(Bull. soc. Libre educ. Psychol. de l'Enfant.
1911. tome 12. 8-15).
36. MOOR L.
Aspects médico-sociaux de la débilité mentale
chez l'enfant
(Immex. janvier 1968. 75-83).
37. NODOT A. - LEPAGE F. - RAUSH N.
Les problèmes éducatifs et l'avenir des débiles
(Rev. Prat. 1966. 16. 2371-2381).
38. PECHOUX et COLL.
La débilité mentale chez l'adulte jeune, aspects
psychologiques, somatiques, sociologiques
(Bull. du C.E.R.P. 1958. 7. 1. 69 p.).
39. PENROSE L.
A Clinical and Genetic Study of 1280 Cases of
Mental Defect
(London 1938).
40. PENROSE L.
Birth Injury as a cause of Mental Defect : the
Statistical problem
(Journ. Ment. Sci. 1949. 95. 374-379).
41. SPITZ R.A.
La Première année de la vie de l'enfant
(Paris. P.U.F. 1958).
42. SCHACHTER M. - COTTE S.
Le niveau mental des enfants et la profession
de leurs parents
(Arc. Med. Soc. 1947. 3. 165-70).

43. SUTTER J.
La valeur de l'Intelligence suivant le milieu
(in le Niveau intellectuel des enfants d'âge
scolaire. 1950. P.U.F. 41-62).
44. TARDIEU G.
Déficience mentale et handicap moteur associés
chez l'enfant
(Rev. Prat. 1966. 16. 2353-2359).
45. TARJON G.
Prevention : a Program Goal in ment. Defic.
(Am. J. ment. Def. 1959. 64. 1. 4-11).
46. TOMKIEWICZ S. et ZUCMAN E.
Prise en charge médicale du jeune enfant déficient
mental
(Réadaptation. 1967. 143. 33-38).
47. TURPIN R. et COLL.
La Progénèse. Facteurs pré-conceptionnels du
développement de l'enfant
(Paris. Masson. 1955).
48. VIMONT C. et LEVY C.
Une enquête sur les jeunes débiles mentaux dans
le département du Rhône
(Population. 1964. 19. 5. 873-898).
49. ZAZZO R.
De la naissance à trois ans : développement de
l'enfant et influences du milieu
(in Conduite et conscience I : Psychologie de
l'enfant et méthode génétique. 1961. Delachaux
et Niestlé. 51-79).
50. ZAZZO R. et COLL.
Les Débilités mentales
(Paris. Armand Colin. 1969).
-

P L A N d u T R A V A I L

INTRODUCTION

- L'ETABLISSEMENT : A - Fonctionnement
B - Mode de Recrutement
C - But

PREMIERE PARTIE

Moyens d'Etude

- 1 - Les dossiers
- 2 - Les entretiens
- 3 - Le contact direct.

- Premier Chapitre : L'adolescent avant l'Externat
Médico-Professionnel
Sa Famille
Son Milieu de vie

L'Adolescent

I) Caractéristiques Socio-Démographiques

- A - Le sexe
- B - Année de Naissance - Age au moment de l'enquête
- C - Nationalité
- D - Répartition géographique selon l'habitat

II) Etude Clinique

- A - Quotient Intellectuel (Q.I.)
- B - Mode d'Allaitement à la naissance
- C - Scolarité avant l'entrée à l'Externat
- D - Tentative de Recherche d'une Etiologie
 - 1- Intérêt - difficultés d'une telle étude
 - 2- Classification
 - a) Facteurs Endogènes
 - b) Facteurs Exogènes
 - 1) les facteurs prénataux
 - 2) les facteurs périnataux
 - 3) les facteurs post-nataux
 - c) Facteurs du "Milieu"
 - 1) La structure familiale parentale
 - 2) Ethylisme - Psychopathie - Débilité parentale
 - 3) Placements - séparations du milieu parental - leur nature

E - Pathologie de la Première Enfance

1 - Développement psychomoteur

- a) La Marche
- b) Le Langage

2 - Troubles de l'alimentation

3 - Maladies de la première enfance apparemment sans rapport avec la déficience mentale

F - Relations Enfants - Parents.

Sa Famille

I - Les Parents

- A) Age des parents à la conception de l'enfant
- B) Age des parents lors de leur mariage
- C) Catégorie socio-professionnelle des Parents
- D) Pathologie organique notable des Parents.

II - Les Grands-Parents

- A) Structure Familiale des Grands-Parents
- B) Ethylisme - psychopathie des Grands-Parents
- C) Nombre d'enfants des Grands-Parents
- D) Pathologie organique des Grands-Parents.

III - La Fratrie

- A) Importance de la Fratrie
- B) Rang de Naissance de l'Adolescent
- C) Composition de la Fratrie
 - 1. Plan organique
 - 2. Plan psychique : notion de débilité familiale

Son Milieu de Vie : l'habitat

I - Lieu d'habitation

II - Nature de l'habitat

III - Stabilité d'habitat depuis la naissance

IV - Nombre de personnes par ménage

V - Nombre de personnes par pièce

Deuxième Chapitre : L'Adolescent pendant son séjour
à l'Externat

41

- I) Age d'entrée, de sortie - durée de séjour
- II) Quotient Intellectuel, son évolution
 - A) Nombre total de tests psychométriques effectués par Adolescent
 - B) Nature des tests psychométriques pratiqués
 - C) Evolution du quotient intellectuel durant la scolarité.
- III) Ateliers Pédagogiques
- IV) Ateliers Professionnels
 - A) Choix de l'Atelier
 - B) Travail effectué à l'Atelier
 - C) Progrès réalisés dans les différents ateliers
- V) Absentéisme durant le séjour
- VI) Etude clinique
 - A) Poids - Taille - Périmètre Crânien
 - B) Les Facteurs de Surcharge
 - 1) La Comitialité
 - 2) Les Troubles neurologiques
 - 3) Les Troubles sensoriels
 - 4) Les Troubles du comportement
 - 5) Notion de Polyhandicaps
- VII) Incidents - Accidents pendant l'Externat
- VIII) Autonomie Pratique
- IX) Les Stages
- X) Le Placement

Troisième Chapitre : Devenir de l'Adolescent 6 mois à
5 ans après sa sortie de l'Externat. 59

- I) Plan Professionnel
- II) Loisirs - Vacances - Salaires
- III) Situation Matrimoniale
- IV) Service Militaire
- V) Habitat
- VI) Autonomie.

DEUXIEME PARTIE

I) Méthode

II) L'Adolescent - Sa Famille - son Milieu de Vie

L'Adolescent

A) Caractéristiques socio-démographiques

- 1) Le Sexe
- 2) Légitimité à la Naissance
- 3) Répartition géographique selon l'habitat

B) Etude Clinique

- 1) Le quotient intellectuel (Q.I.)
- 2) Scolarité avant l'entrée à l'Externat
- 3) Tentative de Recherche d'une Etiologie
 - a) Les Facteurs Endogènes
 - b) Les Facteurs Exogènes
 - . prénataux
 - . périnataux
 - . postnataux
 - c) Les Facteurs du "Milieu"
 - . structure familiale
 - . éthylisme - psychopathie
 - . débilité parentale
 - . placements et séparations du milieu parental
 - d) Etiologies inconnues
- 4) Pathologie de la première enfance
 - a) Développement psychomoteur
 - b) Troubles de l'alimentation
 - c) Maladies de la première enfance apparemment sans rapport avec la déficience mentale

Sa Famille

33

A - Les Parents

- 1) Age de conception de l'enfant
- 2) Age des parents lors du mariage
- 3) Catégories socio-professionnelles
- 4) Pathologie organique notable des parents.

B - Les Grands-Parents

- 1) Structure familiale des grands-parents
- 2) Ethylisme - psychopathie - débilité
- 3) Nombre d'enfants des grands-parents

C - La Fratrie

- 1) Son importance numérique
- 2) Rang de Naissance
- 3) Composition de la fratrie
 - a) pathologie organique
 - b) notion de débilité familiale

Son Milieu de Vie : L'Habitat pendant son séjour à
l'Externat

97

A - Lieu d'habitation

B - Nature de l'habitation et stabilité d'habitat

C - Nombre de personnes par ménage

D - Nombre de personnes par pièce

III) L'Adolescent à l'Externat

A) Age d'entrée - de sortie - durée de séjour

B) Ateliers Pédagogiques

C) Ateliers Professionnels

- 1) Choix de l'atelier
- 2) Travail effectué
- 3) Progrès réalisés
- 4) Absentéisme

D) Etude Clinique

- 1) Poids - Taille - Périmètre Crânien
- 2) Facteurs de surcharge :
 - . la Comitialité
 - . les Troubles neurologiques
 - . les Troubles sensoriels
 - . les Troubles du comportement

E) Incidents - Accidents pendant le séjour
à l'Externat

F) Stages

G) Les placements

IV - Devenir de l'Adolescent 6 mois à 5 ans
après sa sortie de l'Etablissement

- A) Sur le plan Professionnel
- B) Loisirs - Vacances - Salaires
- C) Situation Matrimoniale
- D) Service Militaire
- E) Habitat actuel
- F) Notion d'autonomie

TROISIEME PARTIE	123
OBSERVATIONS	
CONCLUSION	137
BIBIOGRAPHIE	I à V
PLAN DU TRAVAIL	

Vu, le Président de thèse :
Professeur LESTRADET

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine
Lariboisière - St Louis
Professeur FOURNIER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET

